



Ett hopp om ett nytt liv?

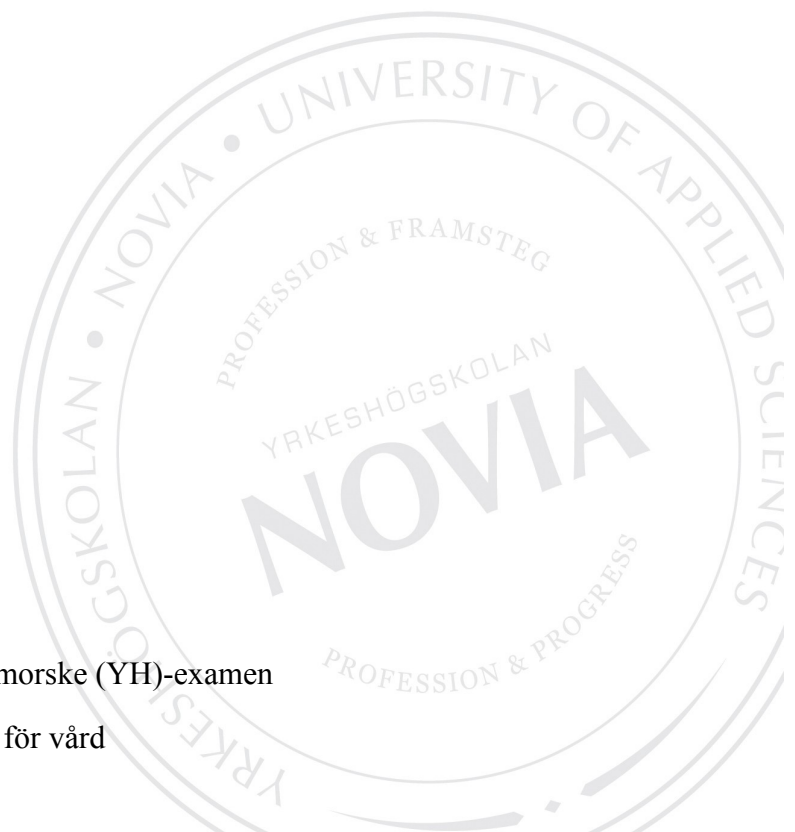
- En teoretisk studie om missbrukarvård för gravida

Laura Sand

Examensarbete för barnmorske (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2011



EXAMENSARBETE

Författare: Laura Sand
Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa
Inriktningsalternativ/Fördjupning: Barnmorskearbete
Handledare: Barbro Mattsson-Lidsle

Titel: Ett hopp om ett nytt liv?

- En teoretisk studie om missbrukarvården för gravida

Datum	Våren 2011	Sidantal	40	Bilagor	3
-------	------------	----------	----	---------	---

Sammanfattning

Syftet med detta lärdomsprov är att göra en teoretisk kvalitativ studie om missbrukarvården för gravida. Studien görs för att få mera kunskap om vården till och förebyggande av återfall hos gravida missbrukare. Studien strävar efter att ge svar på följande frågor: 1. Hurudan vård ges gravida missbrukare? 2. Hur förebyggs återfall hos gravida missbrukare? Som teoretisk referensram används vårdande, enligt Eriksson (2000), Roach (1995) och Paterson & Zderad (1988). Dokumentstudier användes som datainsamlingsmetod och resumé samt innehållsanalys var dataanalysmetoder.

I resultaten bildades det tre övre kategorier: på tal om rusmedel, vårdplanering och vården. Första stegen för att kunna vårda en gravid missbrukare är att få henne att prata om sitt rusmedelsproblem. Det görs via bra bemötande och en förtroendefull relation. Vårdplaneringen borde göras tillsammans med gravida missbrukaren, så att hennes bakgrund och vårdbehov tas i beaktande. Hinder för att förverkliga individuella vårdplaner var organisationen och brist på resurser. I vården av gravida missbrukare var det viktigt med stöd och motivering. Återfall hos gravida missbrukare kunde förhindras med kontinuitet i vården. I resultatet kom det upp hur vården kunde utvecklas både från vårdarens och gravida missbrukarens synvinkel.

Språk: Svenska	Nyckelord: graviditet, missbruk av rusmedel och vård
----------------	--

Förvaras: Examensarbetet finns tillgängligt antingen i webbiblioteket Theseus.fi eller i biblioteket.

BACHELOR'S THESIS

Author: Laura Sand
Degree Programme: Health Care, Vasa
Specialization: Midwifery
Supervisors: Barbro Mattsson-Lidsle

Title: A hope of a new life?

-A theoretical study on substance abuse treatment for pregnant women.

Date	Spring 2011	Number of pages	40	Appendices	3
------	-------------	-----------------	----	------------	---

Summary

The purpose of this thesis is to do a theoretical qualitative study on substance abuse care for pregnant women. The study is done to gain more knowledge about care and prevention of relapse among pregnant substance abusers. The study aims to answer the following questions: 1. What kind of care is used for pregnant substance users? 2. How to prevent relapse among pregnant substance users? The theoretical framework used is the concept of caring by Eriksson (2000), Roach (1995) and Paterson & Zderad (1988). Document studies were used as a data collection method and a review article, as well as content analysis, as the data analysis method.

The results formed three main categories: speaking of substance use, care planning and care. The first step to care for a pregnant addict is to get her to talk about her substance abuse problems. This is done through good response and a trusting relationship. Care planning should be done together with the pregnant addict and also take into account her background and her care needs. An obstacle to the achievement of individual care plans was found to be lack of organization and resources. In the care of pregnant drug users, it is important to support and motivate. Relapses among pregnant addicts could be prevented with continuity in care. The results provided ideas on how the care could be developed from both the nurse's and the pregnant drug addict's point of view.

Language: Swedish Key words: pregnancy, substance abuse and care

Filed at: The thesis is available either at the electronic library Theseus.fi
or in the library.

Innehåll

1 Inledning.....	5
2 Syfte och problemprecisering.....	7
3 Teoretiska utgångspunkter.....	7
3.1 Vårdande enligt Paterson och Zderad.....	7
3.2 Vårdande enligt Roach.....	8
3.3 Vårdande enligt Eriksson.....	9
4 Teoretisk bakgrund.....	10
4.1 Vägen till missbruk.....	10
4.2 Rusmedel och graviditet.....	11
4.2.1 Alkohol.....	11
4.2.2 Tobak.....	12
4.2.3 Droger.....	12
4.2.4 Mediciner.....	14
4.2.5 Blandmissbruk.....	14
4.3 Rusmedel och moderskap.....	14
4.4 Identifiering av missbrukare.....	15
4.5 Vård av gravida missbrukare.....	16
4.5.1 Graviditetsövervakning.....	17
4.5.2 Vårdformer.....	17
4.5.3 Specialvårdformer för kvinnor och familjer.....	19
4.6 Finlands lag.....	20
5 Undersökningens genomförande.....	21
5.1 Undersökningsmaterial.....	21
5.2 Dokumentstudie.....	22
5.3 Resuméartikel.....	23
5.4 Innehållsanalys.....	23
5.5 Undersökningens praktiska genomförande.....	25
6 Resultatredovisning.....	26
6.1 På tal om rusmedel.....	26
6.1.1 Bemötande.....	27
6.1.2 Intervention.....	27
6.1.3 Rädslor och oro.....	27
6.1.4 Information.....	28
6.2 Vårdplanering.....	28
6.2.1 Bakgrund.....	28
6.2.2 Tillsammans.....	29
6.2.3 Vårdhinder.....	29
6.3 Vården.....	30
6.3.1 Stöd.....	30
6.3.2 Vårdsätt.....	31
6.3.3 Vårdmodellen.....	33
6.3.4 Fostret och barnen.....	34
6.3.5 Sexualhälsa.....	35

6.3.6 Med hjälp av vården.....	35
6.3.7 Återfall.....	35
6.3.8 Utveckling.....	36
7 Tolkning.....	37
7.1 På tal om rusmedel.....	37
7.2 Vårdplanering.....	38
7.3 Vården.....	39
8 Kritisk granskning.....	41
9 Diskussion.....	43
Litteratur.....	45
.....	51

1 Inledning

I FN:s konvention för barns rättigheter, står det att barn före och efter födseln behöver särskilt skydd och särskild omvårdnad innefattande lämpligt rättsskydd, p.g.a. sin fysiska och psykiska omognad. (UNICEF, 2010) Det här är ett problem i verkligheten, för var går gränsen mellan den gravida kvinnans vilja och att skydda fostret? Enligt förbundet Mödra- och skyddshem är det 6 % av de gravida i Finland har problem med rusmedel. Detta betyder 3 600-6 000 foster, vars utveckling är i fara på grund av mammans missbruk. (Ensi- ja turvakotienliitto, 2010)

Pajulo (2001, 1987) forskar om missbrukarmammor och tycker det är ett bra tillfälle att för missbrukarkvinnor att ändra på sina livsvanor när de blir gravida. Pajulo betonar att gravida kvinnor är väldigt motiverade att ändra på vanorna med tanke på barnets bästa. För att de skall lyckas behöver de intensivt stöd tillräckligt länge. Många gånger har gravida missbrukare har en bild om att det är lätt att vara mamma och när vardagen slår till så orkar de inte. Pajulo (2001, 1987) framhäver att i första hand skall moderskap intensivt stödas och sedan först ses på mammans missbrukarproblem. Rikama (2008, 76-79) har skrivit en artikel om Marikas och Tonis väntetid, de är båda narkomaner. Marika berättar om att de ivrigt tar emot en ny chans att vara föräldrar, för deras första barnen från föregående förhållande har blivit omhändertagen. Marika och Toni godkänner inte droger i hemmet var finns ett barn, så de skall försöka bli nyktra. Marika får substitutionsbehandling och stöd från familjestödscentralen, där hon bor men Toni har inte sluppit till vård. Deras berättelse har ett lyckligt slut där Toni får substitutionsbehandling, babyn har inga abstinensbesvär och de får åka hem som en familj. Marika säger till slut att framför sig har de en gemensam väg, det kommer inte alltid att vara lätt, men de har en god orsak att försöka.

I Finland finns det unika tjänster för gravida missbrukare; mödrahem och öppenvård som är specialiserade i gravida missbrukare, där missbrukarvård och barnskydd kombineras. Deras mål är att stöda familjer till nykterhet, så att babyn och mamman skall få den bästa möjliga starten på ett nyktert liv redan under och efter graviditeten. (Ensi- ja turvakotienliitto, 2010)

År 2009 var det en hel del debatt om tvångsvård för gravida missbrukare. I Finland kom då ut en rapport om säkerställande av missbrukarvården för gravida missbrukare av Social- och hälsovårdsministeriet. Arbetsgruppen hade kommit fram till att det skulle borde bli lättare för gravida missbrukare att söka vård, särskilt för gravida med högkonsumtion av alkohol. De poängterade viktigheten i prevention och undervisning om rusmedel samt om rusmedlens påverkan på foster. Alkoholpolitiken har direkt inverkan på missbruk av alkohol. Arbetsgruppen betonar att mångkunnig personal är viktig i första hand vid rådgivningar i deras uppgift att få fast missbrukare och hjälpa dem till nykterhet samt att stöda dem så att de hålls nyktra. Arbetsgruppen hade kommit fram till att de stöder tvångsvård för gravida missbrukare, men det skall vara det sista alternativet för att få gravida kvinnan till vård. (Parviainen, 2009, 8-9)

I mitt arbete kommer jag att fördjupa mig i missbrukarvården för gravida mödrar. Jag kommer att undersöka hurdana vårdmetoder som väljs för gravida missbrukare och hurdana resultat som uppnås med dem samt prevention av återfall. I arbetet fokuseras på alkoholmissbruk och missbruk av de vanligaste drogerna, samt att jag kommer att ta upp om blandmissbruk. Jag är intresserad av det här ämnet på grund av att det är aktuellt och jag kommer att möta gravida missbrukare i mitt blivande arbete. Piispa, Jallinoja, Helakorpi & Uutela (2005, 1-4) nämner i sin forskning att från 1990-talet har drogmissbruk ökat i Finland.

Syftet med detta lärdomsprov är att göra en teoretisk studie om missbrukarvården för gravida. Studien görs för att få mera kunskap om vården till och förebyggande av återfall hos gravida missbrukare. Studien stävar efter att ge svar på följande frågor: 1. Hurudan vård ges för gravida missbrukare? 2. Hur förebyggs återfall hos gravida missbrukare? För att få svar på forskningsfrågorna görs en dokumentstudie, där 20 noggrant utvalda vetenskapliga artiklar bearbetas till en resuméartikel. Forsknings materialet analyseras med innehållsanalys, varpå resultatet presenteras.

2 Syfte och problemprecisering

Syftet med detta lärdomsprov är att göra en teoretisk studie om missbrukarvården för gravida. Studien görs för att få mera kunskap om vården till och förebyggande av återfall hos gravida missbrukare.

Studien stävar efter att ge svar på följande frågor:

1. Hurudan vård ges gravida missbrukare?
2. Hur förebyggs återfall hos gravida missbrukare?

3 Teoretiska utgångspunkter

Det finns många olika teorier om vårdande och dess ideal. Alla vårdteorier har i sin grund det som är bäst för den personen som blir vårdad. Roach (1995) beskriver att vårdandets kärna är omsorg (caring). Vårdandets centrala begrepp, enligt Eriksson (2000), är att ansa, leka och lära; tro, hopp och kärlek; kropp, själ och ande. Ett humanistiskt synsätt på vårdandet har Paterson och Zderad (1988), vars huvudtanke är individen.

3.1 Vårdande enligt Paterson och Zderad

Enligt Paterson & Zderad (1988, 3) är vårdande en mellanmänsklig upplevelse. Varje vårdsituation är ömsesidig och framkallar och påverkar uttalande av människans egenskaper och tillstånd av existens. Humanistiskt vårdande är inte bara en ensidig relation, som erbjuds av en generös och teknisk kompetent vårdare, utan är ett ansvarsfullt sökande, en transaktionell relation som kräver vårdarens medvetande om sig själv och andra.

Det är universalt att människan är unik. Människan är samtidigt unik och likadan med andra. Endast människan själv kan beskriva och bestämma över sig, eftersom hon är själv i sin situation. Enligt humanistiskt vårdande förutsätter existentiell medvetenhet

tillförlitlighet. Alla våra känslor och reaktioner berättar för oss vem vi är och hur starkt vi är närvarande med andra. Ju mindre vi gömmer oss, desto mer kan vi öppna oss mot andra. När människan är medveten om sig själv och accepterar sig själv, kan hon skapa en relation till andra. (Paterson & Zderad, 1988, 4-5)

3.2 Vårdande enligt Roach

Enligt Roach (1995, 17-18) är vårdande en genomträngande process där det blir en vetenskap och ett speciellt sätt av mänsklig omsorg. Omsorg är kärnan i vårdande. Omsorg är en viktig ingrediens av mänsklig utveckling och överlevnad. Att vara är att vårda; vårdandet visar en individs existens som människa.

Vårdandet är den mänskliga formen av varandet som medför kapaciteten eller styrkan att vårda, en kapacitet som är anknuten till och oskiljaktig från vår natur som människa. Vårdandet är i första hand en vilja att vårda människor; den ger uttryck åt människans form av varande. Vårdandets värden är ontologiska. Enligt dem är andligheten av mänskliga livet värdefullhet hos individen; en inneboende värdighet för varje patient, kollega, likvärdig och så vidare, all slags människor. Vårdande innebär kapaciteten att kunna vårda. Kallelsen för denna kapacitet kommer fram i individen själv och andra; vårdande som lydhörighet, vårdande manifesterad i specifika och konkreta handlingar och verkliga utförande av vårdandet är också utgångspunkter. (Roach, 1995, 46-55)

Vårdande består av följande ord: medlidande, kompetens, tillit, samvete och plikt. Med medlidande fås en uppfattning om andras smärta och sördrighet om andras upplevelse och ge respons till det. Närvaro tillåter en att dela med sig och göra rum för den andra. Kompetens är ens professionella ansvar, som är ett tillstånd av att ha kunskap, omdöme, skicklighet, energi, erfarenhet och motivation, för att ge rätt respons till kraven. Tillit kan definieras som en egenskap att bilda förtroendefulla relationer som har en ömsesidig respekt och tillit. (Roach, 1995, 46-55)

3.3 Vårdande enligt Eriksson

Enligt Eriksson (2000, 9-12) innebär vårdandet att ansa, leka och lära. Vårdens kärna kan beskrivas med tro, hopp och kärlek samt att vårda hela människan som omfattar kropp, själ och ande. Naturligt beteende för människan är att vårda, som varje människa har grunden i. Självvården är en mellanform av den naturliga och den professionella vården. I självvården kan en människa få stöd av en professionell som hjälper till i hälsoprocessen.

Syftet med att vårda är en känsla av utveckling i syfte att förändra hälsoprocessen med hjälp av olika former av ansning, lekande och lärande, att skapa ett tillstånd av tillit, tillfredsställelse, kroppsligt och andligt välbefinnande. Ansning är en kärlekshandling, där någon vill den andre väl och kännetecknas av värme, närhet och beröring. Ansning är en källa för livgivande växt och utveckling, där människan känner sig älskad och accepterad sådan som hon är, inte för sina handlingars skull. På detta sätt får människan sin individualitet och identitet bekräftad. Att ansa går ut på att våga göra små gärningar som visar att man verkligen bryr om den andre. (Eriksson, 2000, 19-26)

Lekandet är en central beståndsdel inom vården för den är ett medel för att uppnå hälsa. Leken har samband med övning, prövning, lust, skapande och önskan. I den skapande leken kan patienten aktivt forma sin hälsa och nya vägar hittas. Detta kan hända genom konkret tänkande eller skapande aktiviteter. Vårdarens uppgift är att stöda patienten i leken och förstå att det är en del av hälsoprocessen. I önskeleken gör patienten om verkligheten till det han vill att det skall vara och på det sättet hittar han lösningar till problem som han har i verkligheten. Nya vägar och möjligheter öppnas för patienten via önskeleken. Genom läring, inläring sker en utveckling och ständig förändring. När människan lär sig öppnas nya vägar och möjligheter för honom. (Eriksson, 2000, 26-32)

I vårdandet finns alla delar av att ansa, leka och lära, men i olika vårdsituationer kan en dimension regera mera eller mindre, tidvis helt. Hur mycket ansa, leka och lära påverkar på vården bestäms, förutom av den andres och patientens situation också av den andres och vårdarens kompetens och förmåga att producera och reflektera övre elementerna. (Eriksson, 2000, 26)

4 Teoretisk bakgrund

Enligt Cullberg (1999, 388) definieras missbruk av berusningsmedel som en stark begäran eller ett sug efter att inta drogen för att öka tillfredsställelsen eller lustkänslan samt/eller att undfly obehag. I Finland är det ca 6 % av gravida som missbrukar rusmedel. (Ensi- ja turvakotienliitto) I USA har 15 % av gravida problem med missbruk och av dem använder 4 % droger. Missbruk bland kvinnor i fertil ålder fortsätter att öka drastiskt. Missbruk bland gravida ökar graviditetskomplikationerna och risken för att fostret får psykiska och fysiska utvecklingstörningar. (Stepp Gilbert, 2007, 589)

4.1 Vägen till missbruk

Två faktorer som huvudsakligen orsakar rusmedelsberoende och fosterskador är ärftlighet och tillgänglighet. Lagar styr långt hur konsumtionen av rusmedel ser ut för i de länder t.ex. var alkohol är förbjudet så förekommer det inte heller alkoholskador hos nyfödda. En faktor som ligger bakom ärftligheten av rusmedelmissbruk är hur lätt en person har att utveckla ett beroende. Missbrukets utveckling påverkar också samhället, uppväxt miljön och välbihagen som upplevs. Många gravida missbrukare har själva vuxit upp i en familj där det har funnits fattigdom, mental- eller missbrukarproblem. (Heilig, 2004, 59-60; Paananen m.fl, 2006, 349)

Rusmedelsmissbruk börjar vanligen från experimentell användning, där rusmedel provas en eller några gånger. Sedan utvecklas rusmedelsprövningen till att rusmedlet används vid ”festtillfällen”, utan att det påverkar den sociala funktionen så mycket. Detta kallas för rekreationsfasen. Rusmedelsbruket blir mer regelbundet under adaptationsfasen, där personen söker sig till människor som missbrukar rusmedel, men fortfarande upplevs rusmedelbruket som positivt. Sista fasen är kompulsivt missbruk, där personen har nått beroende av rusmedlet och får abstinenssymptom. När personen har blivit beroende får han kortare perioder av välbihag och lättare abstinensbesvär. Detta leder till att drogen styr livet och tiden går åt till att skaffa pengar och få tag på rusmedlet.

Största delen av missbrukarna dör i denna fas, pga överdos, självmord, olyckor, våld eller dråp. Narkomani och alkoholism kan förebyggas genom att vuxna lägger gränser, bryr sig om och aktivt blandar sig i ungdomars liv. Egen motivation är det viktigaste för att lyckas med att lägga av med rusmedel. (Heilig, 2004, 116-120)

4.2 Rusmedel och graviditet

Enligt Halmesmäki(2008, 566, 570) ökar rusmedelsmissbruk under graviditeten komplikationerna under graviditet och då kan kvinnans, fostrets eller bådars hälsa vara i fara. Komplikationer under graviditeten och fosterskador ökar ju mer och ju oftare kvinnan använder rusmedel. Alkoholens påverkan på graviditeten och fostret vets det mest av alla rusmedlen. Paananen m.fl. (2006, 350-354) påpekar att det är sällsynt att drogmissbruk orsakar missbildningar hos fostret, men oftast kommer det fram senare som inlärnings- och koncentrationssvårigheter eller överaktivitet hos barnet. I Finland är det vanligast med blandmissbruk, där oftast alkohol och droger eller mediciner används samtidigt. Det är vanligt att gravida med rusmedelsproblem har mentala problem som depression och ångest. Intravenösa droger utsätter både kvinnan och fostret för faran att få infektioner, t.ex. via blodet smittosam HIV eller hepatiter. (Inkinen, Partanen & Sutinen, 2000, 175)

4.2.1 Alkohol

Det finns ingen exakt mängd alkoholportioner som räknas som tryggt både för gravida kvinnan och fostret. Rekommendationen i Finland är att helt undvika alkohol under graviditeten, men 1-2 alkoholportioner per vecka borde vara ofarligt. Storkonsumtion av alkohol under graviditet är över 10 portioner av alkohol per vecka eller att kvinnan dricker för att bli full t.ex. en gång i veckan. Ett berusat tillstånd varje vecka hos den gravida hämmar fostrets tillväxt och neurologiska utveckling. Av gravida kvinnor använder 1-3 % för mycket alkohol. (Halmesmäki, 2008, 566-567)

Fostrets alkoholskador alltså fetalt alkoholsyndrom (FAS), är en enda utvecklingsstörning hos nyfödda, som kan förebyggas genom att kvinna inte dricker alkohol under graviditeten. FAS utvecklas hos fostret under hela graviditeten om kvinnan dricker minst tio portioner alkohol per vecka. Karaktäristiskt för FAS är pre- och postnatal tillväxthämning, neurologiska symptom, mental efterblivenhet samt specifika ansikts-

drag. Om barnet har en eller två av FAS-dragen kallas det för fetal alkoholeffekter (FAE). De typiska missbildningarna hos fostret ligger i hjärtat och benstommen, om fostret har blivit utsatt för alkohol i första trimestern. I Finland föds ca 80 barn med FAS och ca 150 barn med FAE, enligt Halmesmäki,(2008, 566-569).

Alkohol användning under graviditeten ökar blödningarna och risken för missfall eller förtidig förlossning. Blödningsrisken ökar p.g. att alkoholen påverkar blodets koagulation och elasticitet i blodkärlsväggarna. En till två alkoholportioner dagligen under första trimestern för dubblar risken att få missfall i andra trimestern. En partiell eller hel avlossning av moderkakan är fem till tio gånger större än hos en nykter kvinna. Levnadsvanorna vid riklig alkoholkonsumtion ökar infektionsrisken; d.v.s dålig personhygien och kondition, växlande partners, ensidig kost och söks sent till vård. Om kvinnan blöder ens lite under graviditeten ökar det infektionsrisken i livmoder- och fosterhinnan. Infektionerna orsakar ofta för tidiga förlossningar, fast intravenös antibiotikabehandling skall påbörjas i god tid. (Halmesmäki, 2008, 569)

4.2.2 Tobak

Tobaksrökning är väldigt vanligt bland kvinnor och det är inte många kvinnor som slutar röka under graviditeten. Enligt Stepp Gilbert är det i USA 18 % av de gravida som röker. Rökning kan hos gravida kvinnan orsaka missfall, utomkvedshavandeskap, föreliggande moderkaka, en för tidig lossning av moderkakan, fostervatten avgång eller en prematur förlossning. Tobaks rökning ökar den perinatale och neonatala dödlighet med 10 %, när fostret har utsatts för tobaksrök. Barn till rökare har vanligen mindre födselsevikt och en ökad risk för plötslig spädbarnsdöd. (2007, 602-603)

4.2.3 Droger

Hasch' och marijuanas påverkande ämne är tetrahydrocannabinol (THC). Det passerar moderkakan lättare ju längre graviditeten har gått. THC har inte påvisats orsaka missbildningar hos foster och ökar inte risken för missfall. En marijuanacigarett innehåller fem gånger mera tjära och kolmonoxid än en vanlig tobak. Inrökt marijuana har ungefär samma effekt på graviditeten som tobaksrökning. Kolmonoxid minskar

blodflödet i navelsträngen, vilket gör att syre- och näringstillförseln till fostret försämras. Var femte barn föds med låg födelsevikt (under 2,5 kg). THC utsöndras till modersmjölken. THC-halten i mjölken beror på hur ofta och hur mycket av drogen som intas. Amning är tillåtet om användningen är sporadisk. (Halmesmäki, 2008, 569-570)

Amfetamin passerar livmodern väldigt lätt under hela graviditeten. Kvinnans amfetamin missbruk orsakar hjärtfel, mikrocefali och mental efterblivenhet hos fostret. Graden beror på missbrukets mängd under graviditeten. Amfetaminmissbrukares vikt ökar väldigt lite eller inte alls under graviditeten, vilket leder till att födaren och fostret är undernärda. Amfetamin försämrar blodflödet i navelsträngen och fostret får sämre med näring. Detta leder till att fostrets tillväxt hämmas mer om amfetamin används genom hela graviditeten. Amfetamin ökar blodtrycket och livmoderns inre tryck, vilket kan leda till tidig fostervattengång eller moderkakans avlossning. Ofta märker kvinnan inte av att det sipprar fostervatten, vilket leder till att risken för infektioner i livmodern och hos fostret ökar, varpå infektionen kan igångsätta en förtidig förlossning. Redan två till tre dagars amfetaminanvändning i rad kan starta förlossningen och ger väldigt ofta prematurförlossningar. Nyfödda har vanligen abstinensbesvär i flera dagar, som högt blodtryck, onormal gråt, sugningssvårigheter, kräkningar, skakningar, darrningar och sömnsvårigheter. Amfetamin utsöndras till modersmjölken och amning rekommenderas inte. (Halmesmäki, 2008, 570-572) Enligt Paananen m.fl. (2006, 351) är kokain, heroin och extasy väldigt sällsynta bland gravida kvinnor i Finland. Deras påverkan på gravida kvinnan och fostret är ungefär de samma som hos amfetamin och andra stimulantier.

En opiatberoende gravid kvinna kan bete sig helt normalt tills hon får abstinenssymptom. Då blir hon rastlös, ångestfull och kan emellertid vara väldigt aggressiv samt att hon kan uppleva väldiga muskel- och magsmärter. Tur vis kan hon svettas jättemycket eller frysa. Yttre kännetecken är att hon ser ovårdad ut, injektionsfelar, är i dåligt skick, har svåra infektioner och är ofta asocial. Gravida opiatmissbrukare har ofta mera blödningar, större risk för för tidig lossning av moderkakan, fostervattenavgång och förlossning, samt har ofta infektioner. Fostrets hjärta kan stanna om kvinnan slutar använda opiater för sanbbt. Opiater tränger sig lätt igenom moderkakan. De orsakar tillväxthämning, syrebrist, urinvägs- och hjärnanimalier samt hjärtfel hos fostret. Om fostret är van vid drogen kan hon få svåra abstinenssymptom som kommer inom 24 h

från förlossning och räcker i många veckor. Babys abstinenssymptom är att de är rastlösa, ångestfulla, de darrar och skakar, har rytmstörningar och har sugnings svårigheter. Ännu 3-4 veckor efter förlossningen kan hjärtat stanna och barnet har större risk för plötslig spädbarnsdöd. En opiatmissbrukare får inte amma. (Halmesmäki, 2008, 571)

4.2.4 Mediciner

Vanligaste mediciner som missbrukas av gravida är värkmediciner som innehåller kodein och bensodiazepin. De används ofta tillsammans med andra droger eller alkohol. Missbruk av mediciner har vanligen börjat av att kvinnan har fått ett recept emot värk eller en sjukdom, varav det har utvecklats till ett beroende. Kodein och bensodiazepin utvecklar tolerans hos kvinnan ju längre och mera hon använder det. Gravida missbrukare använder också ofta fel andra värkmediciner, muskelrelaxerande eller lugnande mediciner. Bensodiazepiner utsöndras till modersmjölken och amning rekommenderas inte. (Halmesmäki, 2008, 572; Paananen m.fl., 2006, 351-352)

4.2.5 Blandmissbruk

I Finland är det blandmissbruk vanligaste, där oftast alkohol och droger eller mediciner används samtidigt. Blandmissbruk kan vara planerat eller oplanerat. När missbrukaren planerat använder flera rusmedel samtidigt vet missbrukaren oftast samverkar av rusmedlen och får en önskad effekt av det. I ett oplanerat blandmissbruk använder missbrukaren det som han får tag på eller i perioder använder vissa rusmedel, utan att veta vilken samverkan drogerna har. Blandmissbruks påverkan på gravida kvinnan och fostret har inte forskats i, men det tros att de är oförutsebara och effekten är mångdubbel jämfört med användning av bara en drog. Blandmissbruk leder oftast till svåra abstinenssymptom hos nyfödda, oberoende av om gravida kvinnan är i substitutionsbehandling. (Paananen m.fl., 2006, 352-353)

4.3 Rusmedel och moderskap

Oftast är attityderna bedömande mot gravida eller småbarnsmödrar som använder rusmedel. När det ses på en gravid missbrukare vanligen undras det att hur hon kan skada sin oskyldiga, växande baby i hennes mage genom att använda rusmedel. Vanligen sägs det att mödrar med rusmedelsproblem är annorlunda, fastän de har precis

likadana önskningar som ”vanliga” mammor och en bild av att hur en ideal moder är. Missbrukar mammor har höga förväntningar på föräldraskapet, vilket de har svårt att uppnå och det i sin tur leder till stora besvikelser. (Holopainen, 1998, 35)

Mödrar med rusmedelsproblem har sämre tålamod med att förstå barnens behov. De är vana vid att enkelt få lycka av att ta rusmedel, medan vardagen med barnet är utmanande och kräver mycket tålamod samt att nöja sig små glädje ämnen. Många av missbrukarmödrar hamnar att sköta om barnet ensam p.ga. att partnern har rusmedelsproblem eller är i fängelse. Dåliga barndomsminnen kan ha negativ effekt på föräldraskapet, så som känslor av avvisande. Vanligen har mödrar med rusmedelsproblem dåligt med ekonomiska resurser och ett barn kan säkerställa ekonomin i hushållet, så att modern kan stanna hemma med barnen. Föräldrar med rusmedelsproblem är oftast arbetslösa. (Holopainen, 1998, 36)

Graviditeten hos missbrukare är vanligen oplanerad, för när kvinnan inte sköter om sig själv så sköter hon inte om preventionen heller. En graviditet hos en missbrukare kan ge henne en känsla av att hon lyckas med någonting och ge hopp. För mödrar vars barn har blivit omhändertaget, ger graviditeten känsla att hon skall lyckas med detta barn. För missbrukarmödrar kan det komma som en överraskning att babyn är så beroende av hennes vård. De kan tolka att babyns gråt, ångest och behov orsakar babyn med flit och för att bråka med modern. Om relationen mellan modern och babyn inte fungerar, förväntar sig modern vanligen mera av babyn än vad denne kan. När relationen fungerar kan modern tolka babyns behov och ge respons till det. (Holopainen, 1998, 37)

Barnen är viktiga för kvinnor med rusmedelsproblem, men barnen kan orsaka skuld-känslor och plåga, samt tillföra ansvar och glädje. Graviditeten hos missbrukare kan vara en utlösare för en nykter framtid om hon får tillräckligt med stöd. Barnets motiverande kraft lönar sig att utnyttjas i all mån. (Holopainen, 1998, 37)

4.4 Identifiering av missbrukare

Mödravården är välorganiserad i Finland, då 99,8 % av alla gravida är mödrarådgivningskunder och 86 % av dem besöker mödrapolikliniken under graviditeten, enligt Hiilesmaa (2008, 365). Enligt Halmesmäki (2008, 572) är det viktigt att vårdpersonalen

kan identifiera kvinnor med rusmedelsproblem. Ofta upplever vårdpersonalen det som pinsamt att fråga om alkohol och rusmedelsvanor. Som stöd då är det bra att ha ett strukturerat frågeformulär eller en intervjuram. Ett lätt sätt att börja fråga om rusmedelsanvändning är att ta upp om patienten röker och därifrån gå vidare till andra rusmedel. Frågorna skall ställas på ett sådant sätt att patienten inte känner sig dömd och en pålitlig vårdrelation kan börja.

Enligt Seppä (2003, 58-60) rekommenderas ofta världshälsoorganisationens Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)-frågeformulär, som innehåller tio frågor om alkoholanvändning. (se bilaga 2) Om patienten får över åtta poäng i AUDIT-frågeformuläret ger den riktlinjer om att alkoholkonsumtionen är stor. AUDIT är bra för att tidigt få fast alkoholens stormissbrukare och dess pålitlighet är ca 90 %.

Största delen av drogmissbrukarna berättar inte själva om sin drog användning p.g.a. att de skäms över det och drog användning är oftast olagligt samt att de är rädda för konsekvenserna om de blir fast av droganvändning. Inom hälsovården kan diskussionen om droger påbörjas med om patienten någon gång har provat på droger och gå vidare från det, att när och hur många gånger man har provat droger. Vårdaren måste noggrant överväga när det är aktuellt att skicka en gravid för vård för rusmedelsanvändning till mödrapolikliniken. (Halmesmäki, 2008, 572-573)

4.5 Vård av gravida missbrukare

Missbrukarens graviditet beaktas som en riskgraviditet. Därför är det viktigt att gravida missbrukare skulle vara engagerade i täta och regelbundna vårdkontakter. Vanligen söker sig gravida missbrukare själv in till vården, fast de oftast nekar till rusmedelsanvändning i rådgivningen. Målet med vården skall vara att minska och förebygga rusmedelsskador hos fostret samt stöda kvinnan till moderskapet och relationen till baby. Kvinnans möjligheter att sluta använda rusmedel beror på hur länge hon har använt rusmedel, hennes sociala nätverks stöd och hennes förmåga att sätta barnets intressen före rusmedlen. I missbrukarvården för gravida är det viktigt med helhetsmässig, familjecentrerad och gemenskapscentrerad vård. (Inkinen, Partanen & Sutinen, 2000, 176-178)

Hörnstenarna i vården är uppmuntrande, hoppfull och saklig rådgivning samt rekommendering, motivering och försäkring av sociala och verkställande omständigheter. Vårdarens positiva och förstående attityd och uppskattning motiverar modern att orka och hitta krafter, så att barnet får trygg tillvaro att växa upp i. Gravida kvinnan skall förberedas till föräldraskapet samt att samla krafter till förlossningen och moderskapet med att bygga upp vardagsrutiner, en regelbunden dygnsrytm, hälsosam mat, motion och trevliga aktiviteter. Kvinnan skall stödas så att hon kan koncentrera sig på graviditeten och göra konkreta saker för kommande moderskapet, så som att minska på stress, konflikter och tryck. En gravid missbrukare behöver stöd att om möjligt skall det ordnas en stödperson till henne. En gravid missbrukare borde erbjudas tillräckligt med individuella stödande vårdformer, som poliklinisk öppenvård, dagsverksamhet, hembesök m.m. Om gravida missbrukaren inte kan behålla täta vårdkontakter, är anstaltsvård eller ett mödra- och skyddshem på sin plats att ge ett tryggt nätverk. Kvinnan med rusmedelsproblem borde binda sig till ett par års vård. (Inkinen, m.fl., 2000, 177-178)

4.5.1 Graviditetsövervakning

Övervakning av graviditeten borde planeras enligt vilken grad av rusmedelsproblem som gravida kvinnan har. Viktigt är att föräldrarna får information om hur rusmedlen påverkar fostret och fosterrörelserna. Vårdkontakternas täthet beror helt på graden av problemen med rusmedel för den gravida. Graviditetsövervakning av missbrukare sker vid mödrapolikliniker. Fostrets tillstånd följs med ultraljud och CTG (cardiotomografi). Urin- och blodprov tas av gravida missbrukaren för att se om hon använder rusmedel under graviditeten samt för att veta om nyfödda kan ha abstinenssymptom eller andra besvär av modern rusmedelsanvändning. (Halmesmäki, 2008, 574-576)

4.5.2 Vårdformer

Vanligaste vårdformerna inom missbrukarvården är avgiftning, psykiatrisk vård, abstinensbehandling, substitutions- och underhållsbehandling samt rehabilitering. Avgiftningsvård är frivillig vård på en sluten avdelning. Avgiftningsvård tar från några dagar till några veckor. Avgiftningsvårdens mål är att bli fri från droger eller substitutionsvård. Om det kommer abstinenssymptom så behandlas de medicinskt eller icke medicinskt. Icke medicinska vårdformer kan vara akupunktur, avslappnings-

övningar mm. Abstinensbehandling är nästan lik som avgiftningsvård, men det baserar sig på öppen- eller anstaltsvård. Abstinensbehandling tar högst en månad och dess mål är att få patienten rusmedelsfri. Vid abstinensbehandling vårdas abstinenssymptomen med mediciner eller icke medicinskt beroende på vårdställets ideologi och enligt patientens vilja. Medicinska vården försöks avslutas före vårdtiden tar slut. När patienten har klarat av de värsta abstinenssymptomen så påbörjas rehabiliteringsvården. (Paananen m.fl., 2006, 354)

Patienter med en dubbeldiagnos, som har både problem med psyket och rusmedel, har svårt att få vård. Mentalvårdställen vill inte ha patienter med ett svårt missbruk och vise versa att missbrukarvårdställen inte vill ha patienter med svåra psykiska besvär. Patienten med en dubbeldiagnos vårdas vanligen vid en hälsovårdscentral eller en privat läkarcentral. På större orter finns det kombinerad vård med missbrukarvård och psykiatrisk vård, vars resultat har varit bra om patienten har varit motiverad till vården. (Paananen m.fl., 2006, 354)

När patienten har blivit rusmedelsfri är det dags för rehabilitering, vars mål är att lära sig att leva med vardagen. Rehabiliteringen lyckas bäst när patienten själv är motiverad och är med av egen vilja. Rehabiliteringsformerna beror på vårdstället, men det kan vara terapi, nätverksarbete, kamratstöd mm. Rehabiliteringen sker i öppen och sluten vård. I rehabiliteringens slutskede används övningsperioder och intervallvård, så att patienten har lättare att anpassa sig till livet utanför vården. (Paananen m.fl., 2006, 354)

Substitutions- och underhållsvård är dyra vårdformer, men det blir billigare i längden än kostnaderna för att missbrukare är t ex i fängelse, intensivvård eller får smittosamma sjukdomar. Vården minskar på lidandet hos missbrukaren och kan vara den enda vägen att bli rusmedelsfri och att tillfriskna. Substitutionsvård är inte det första vårdalternativet när det gäller missbrukare. För att en missbrukare skall få substitutionsvård måste hon ha provat på andra missbrukarvårdformer. Substitutionsvården är krävande och bindande. Till en början måste missbrukaren dagligen besöka vårdstället där hon övervakat får substitutionsmedicinering. Om patienten inte håller sig till vårdplanen, kan det avbrytas. I början av substitutionsvården är det vanligt med återfall. En tillräckligt lång vårdtid är bästa garantin på att vården skall lyckas. Vanligen hamnar gravida i underhållsbehandling med tanke på fostrets hälsa. Gravida vill minska

drogerna från gatan med mediciner och det ses som ett bättre alternativ för fostret än injektionsdrogerna från gatan. I substitutionsvården försöker man hålla medicinnivåerna så låga som möjligt utan att gravida kvinnan får återfall. Nackdelen med substitutionsvård är att babyn föds rusmedelsberoende och kan ha svåra abstinensbesvär. (Paananen m.fl., 2006, 355-356)

4.5.3 Specialvårdformer för kvinnor och familjer

Människan behöver ett socialtnätverk som är älskande och stödande, som ger resurser och trygghet för att växa och utvecklas, men det rubbas när en familjemedlem använder rusmedel. Familjen och partnern skall aktivt vara med i vården för det finns många saker som det inte har pratats om under tiden när rusmedelsanvändningen pågått. Rusmedelsanvändningen har rubbat familjens sätt att kommunicera och interaktionen mellan medlemmarna. På grund av att rusmedelsmissbruket vanligen hållits hemligt i familjen, så har hela familjen blivit isolerad. Därför är det viktigt att vårdarna försöker hjälpa familjen att diskutera känsliga ämnen och bygga upp tillit inom familjen. (Inkinen, m.fl., 2000, 180-181)

Målet med behandlingen är att säkerställa en fysiskt och psykiskt trygg miljö för barnet och för att stödja modern till nykterhet och att växa in i föräldraskapet. Varje öppenvårdsenhets uppgift är att säkerställa en tillräckligt lång och nära uppföljning efter att de har blivit hemskrivna från mödrahem och därmed stödja modern till ett självständigt liv. Öppenvård erbjuds även till familjer med missbruksproblem men som har spädbarn som inte behöver vård i ett mödrahem. (Pidä-kiinni, 2011)

Penningautomatföreningen att beviljar full ersättning för tremånaders vård på mödrahem för gravida med rusmedelsproblem. I praktiken innebär det att kommunen inte behöver betala vårdkostnaderna för tre månaders vård under graviditeten. Det gör att gravida med rusmedelsproblem har lättare att få vård. En tidig remiss är också fördelaktigt för kommunerna. (Pidä-kiinni, 2011)

Det finns fyra element som är centrala i vården av en familj med missbrukarproblem: samarbetsnätverk, vårdprocessen, vård- och stödmeter samt mål. Samarbetsnätverk och vård- och stödmeter byggs upp av ett intensivt samarbete mellan moder, familjen, anhöriga, stödpersoner och kamrattstöd samt olika instanser som mödra-, missbrukar- och mentalvården, socialtjänster, barnskyddet. I vårdprocessen tas det reda på bakgrund, nuet och förändringsbehov hos gravida missbrukare. Enligt det planeras en lämplig kontinuerligt helhetsvård där kvinnan känner sig trygg fastän livssituationen ändras. Målet med vården är att kvinnan kan växa i föräldraskapet och hantera rusmedelsanvändningen samt barnets bästa och hälsan hos modern, fostret och barnet. (Paananen, m.fl., 2006, 359)

4.6 Finlands lag

Om missbrukarens öppenvård inte lyckas, finns det en chans att ta honom och om vissa kriterier uppfylls in till tvångsvård på en psykiatrisk avdelning. En vuxen kan tas till tvångsvård enligt Mentalvårdslagen (1116/90) eller Lagen om missbrukarvård (41/86). Underåriga kan tas in till tvångsvård på basen av Barnskyddslagen (139/90). Det är ganska sällan missbrukare tas in på basen av dessa lagar till tvångsvård i Finland. (Inkinen, m.fl., 2000, 91) Finlands lag texter tagits från Finlex.

Missbrukare kan tas in till vård utan sin vilja enligt Lagen om missbrukarvård (41/1986 § 10). Om missbrukaren inte får sådan vård som han behöver på frivillig grund eller om vården har visat sig otillräcklig eller om missbruket av rusningsmedel inte avbryts och han behöver vård p.g.a. sjukdom eller skada som han lider av. Andra orsaker kan vara att han genom sitt missbruk orsakar omedelbar skada eller livsfara för sig själv så att han riskerar sin hälsa. Han kan också till följd av missbruket bli våldsam och riskera en familjemedlems eller någon annans hälsa, säkerhet eller psykiska utveckling.

Enligt Lagen om missbrukarvård (41/86) kan missbrukaren tas till tvångsvård på grund av en stor hälsorisk (§11) högst till fem dygn till ett sjukhus' eller en hälsocentrals bäddavdelning med lov av överläkaren eller den som dejourerar honom. Kommunens chef över det sociala området kan göra beslutet om omedelbar tvångsvård om missbrukaren är våldsam (§12).

Enligt Mentalvårdslagen (1116/90, § 8) kan patienten tas till tvångsvård om han har en psykisk sjukdom eller är under 18 år med en seriös psykisk störning, till exempel depression på grund av missbruk eller psykos på grund av missbruk. Ytterligare kriterier till tvångsvård är att om patienten skulle bli ovårdad skulle psykiska sjukdomen bli värre eller att han skulle skada sig själv eller andras hälsa och säkerhet samt att andra mentalvårdstjänster är otillräckliga eller inte lämpliga. Besluten om tvångsvård skall göras inom tre dygn efter observationsperioden.

Barnskyddslagen (683/83, § 16) möjliggör att tvångsvård om omsorg över barnet eller andra omständigheter i hemmet orsakar fara för barnets hälsa eller utveckling, eller om barnet själv missbrukar så att barnet gör skada mot sin egen hälsa och utveckling. Barnskyddslagen har alltid samarbete med sociala myndigheter.

5 Undersökningens genomförande

Detta lärdomsprov är en kvalitativ teoretisk studie. Med en kvalitativ studie fås mer en beskrivande data som beskriver fenomen eller mening, upplevelser och erfarenheter. Kvalitet är en karaktär eller egenskap hos någonting. Detta är forskaren intresserad av när studien görs ur ett kvalitativt perspektiv. En kvalitativ studies mål är snarare insikt än statistik. (Bell, 2006, 17; Hirsijärvi, Remes & Sajavaara, 2009, 160-161; Olsson & Sörensen, 2007, 65)

I detta lärdomsprov kommer dokumentstudie att användas som datainsamlingsmetod. Dataanalysmetoden kommer att vara Kirkevolds (1996) översiktsartikel och resuméartikel. För att få en lättöverskådlig analys av dokumenten görs en innehålls-analys var de centrala aspekterna plockas ut.

5.1 Undersökningsmaterial

Undersökningens material är vetenskapligt godkända artiklar. Vetenskapliga artiklar har sökts med tanke på syfte och frågeställningar i detta lärdomsprov. Artiklar har sökts från databaserna Cinahl, Ebsco, Highwire, JBI COnNECT, Nelli-portalen, Medic,

Medline, PubMed, SpringerLink, SveMed+, Terveysportti, Google, Google scholar samt manuellt i tidskrifterna *Hoitotiede* (2004-2010), *Journal of Midwifery and Women's health* (2007-2011), *Suomen Lääkärilehti* (2004- 2011) och *Tutkiva hoitotyö* (2004-2011). Sökorden som användes i olika kombinationer för att hitta materialet var substance abuse, pregnancy, substance use, addiction, care, treatment, prenatal, substance dependency, alcohol abuse, drug abuse, nursing, caring, midwifery, prenatal care, maternity care, tobacco, treatment method och illicit drugs. Vissa artiklar har hittats genom att respondenten har läst igenom litteraturförteckningar i artiklar som har varit relevanta. Sammanlagt hittades 63 artiklar var av 20 artiklar valdes som mest berörde ämnet i lärdomsprovet. Vetenskapliga artiklarna, som valdes till lärdomsprovet var från åren 1999-2010.

5.2 Dokumentstudie

I traditionell mening är dokument information som skrivits eller tryckts ner av någon inom ett visst område. Dokument kan vara t.ex. statistik, register, privata handlingar och litteratur. När det görs dokumentstudier har upplagestorlek och spridning ingen betydelse. Forskarens problemställning styr vilka dokument som väljs och varifrån de söks. (Olsson & Sörensen, 2007, 87)

I dokumentstudier närmar sig forskaren indirekt via ett medium de individer som han vill studera. Mediumet är oftast skriftligt, men det kan också vara berättelser, dagböcker, ljudband eller fotografier. Genom att forskaren studerar dokument, kan hon fördjupa sig i den undersöktes tankevärld utan att vara fysiskt närvarande. (Carlsson, 1991, 26, 51)

Dokumentstudier kan göras på två sätt. Första sättet är att källornas art bestämmer projektet och de allmänna frågeställningarna som styr studien. Studien har inga förutsatta frågor utan de kommer upp enligt källinnehållet. I en sådan studie börjas det med en källgranskning direkt. Andra sättet att göra dokumentstudier är att ha färdigt frågeställningen till studien och enligt det söka relevanta källor till studien. På detta sätt fördjupas kunskapen i ämnet och det bildas en tydligare bild av hur studien framskrider. (Bell, 2006, 123-124)

5.3 Resuméartikel

Kirkevold (1997) beskriver översiktsartikel, som ett lätt sätt att få samlat en översikt av det väsentliga i forskningar. Det finns flera olika sätt att göra översiktsartiklar som resumé, kritisk analys, synops eller syntes. Resumé ger en kort sammanfattning av det viktigaste i forskningar som ger en snabb överblick av forskningen. I resuméartikeln kommer det med forskningar som berör problemställningen i studien.

I en bra resumé bör det komma upp på vilket sätt artikeln har bearbetats i studien. I resumén bör det redogöras syftet med artikeln, hur litteraturen har valts och med vilka kriterier. Det är viktigt för läsaren att få reda på de kunskapsgrunder som har varit utgångspunkter för att kunna göra en saklig värdering av översiktsartikelns kvalitet. (Kirkevold, 1996, 105)

En resumé har både för- och nackdelar. Fördelarna är att läsaren snabbt får en överblick av innehållet i ett stort antal forskningar inom ett visst tema, även om det är i stora drag. Det sparar läsaren tid, för då behöver hon inte läsa igenom alla forskningar som det har använts i studien. Översiktsartikeln ger möjlighet till läsaren att välja ut de intressanta och relevanta forskningarna som han vill läsa i sin helhet. (Kirkevold, 1996, 109)

Nackdelarna med översiktsartikeln är att det lämnar till läsaren att utvärdera och analysera forskningen. Det är svårt för läsaren att göra en kritisk utvärdering och analys av den korta sammanfattningen som finns med av forskningarna. Det kan vara till god hjälp att använda en översiktsartikel när det vidare forskning planläggs inom ett ämne eller använda vetenskap i praktiska arbetet inom vården. För i översiktsartikeln får man det lätt upp vad man vet och inte vet om ett ämne. (Kirkevold, 1996, 109)

5.4 Innehållsanalys

Enligt Eriksson är innehållsanalys ett rätt oredigt begrepp, som kan beskriva många olika metoder. Ursprungligen var innehållsanalys ett sätt att få ett kvantitativt svar av forskningen, men det har utvecklats till kvalitativt sätt. Med innehållsanalysmetoden är välkänd och använd inom vårdforskning. (1991, 299) Innehållsanalys menas att insamlat material reduceras så att fenomen som forskas kort och generellt beskrivas. Med kvalitativ innehållsanalys menas att forskningsmaterial kan vara t.ex. dokument,

tal eller rapporter. Med innehållsanalys observeras och analyseras material systematiskt och beskrivande data fås. I innehållsanalysen är det centrala att likheter och olikheter skiljs från forskningsmaterial. I innehållsanalysen kommer det fram materialens betydelser, avsikter, konsekvenser och sammanhang. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 3-4; Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001, 23)

Innehållsanalysprocessen kan delas in i olika steg, men de olika stegen kan framkomma samtidigt och analysen är ofta mångfaldigare än detta: val av analysenhet, att bekanta sig med materialet, förenklande av materialet, materialets klassificering och tolkning samt värdering av innehållsanalysens pålitlighet. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001, 24)

Innehållsanalysen kan göras induktivt eller deduktivt och därmed formas innehållsanalysprocessen. I det induktiva sättet fokuseras på materialets verkliga innehåll (manifest), medan i deduktivt sätt fokuseras på materialets gömda innehåll (latent). I induktiv innehållsanalys används logiska regler och heuristisk bedömning, där materialets konkreta innehåll blir till en uppfattad beskrivning. I induktiv innehållsanalys delar forskaren materialet i analysenheter och granskar dem inom fenomenet som forskas. I en deduktiv innehållsanalys jämför forskaren delar av materialet med hela forskningsmaterialet. I deduktiv innehållsanalys är grunden teorier eller teoretiska begrepp, som testas om de i verkligheten uppkommer. Respondenten har valt att använda sig av induktiv innehållsanalys för att få sig en helhetsmässig bild av forskningsmaterialets innehåll och för att kunna kategorisera det. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001, 24-25)

Val av analysenhet påbörjas direkt oberoende av om det är en induktivt eller deduktivt baserad forskning. Definieringen av analysenheten beror på kvalitén av forskningsmaterialet och forskningens uppgift. Analysenheten kan vara ett ord, mening, delar av en mening, en tankehelhet, en ordkombination eller en naturlig helhet. Naturlig helhet är en kombination av meningar som faller naturligt under en kategori. Det behövs inte spjälkas upp t.ex. i ord och meningar. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 5; Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001, 25-26)

En materialbaserad innehållsanalys påbörjas med att förenkla forskningsmaterialet. Med detta menas att det ställs lämpliga frågor till forskningsmaterialet. Svaren på forskningsfrågor skrivs ner som termer. Kyngäs & Vanhanen ger som tips att skriva svaren i materialens sidomarginal och med likadana termer som i texten om möjligt. (1999, 5) När materialet är förenklat, så grupperas det enligt likheter och olikheter. Likadana förenklade svar går i samma grupp, där det får ett eget beskrivande namn som en kategori. När materialen abstraheras läggs likadana kategorier under huvudkategorier. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001, 26-29)

Kyngäs & Vanhanen (1999, 10-11) och Eriksson (1991, 302) menar att innehållsanalys är mera pålitligt då det görs induktivt. Utmaningen med innehållsanalysen är att forskaren hålls objektiv genom hela processen och hur bra han kan förenkla materialet och kategorisera det. Ofta försöker forskaren lägga för mycket under en kategori och då blir innehållsanalysen opålitligt. Det viktigaste är att forskare ordentligt engagerar sig i materialet, alltså systematiskt och noggrant analyserar enligt forskningens syfte.

5.5 Undersökningens praktiska genomförande

Detta lärdomsprov är ett beställningsarbete för en vårdinstans i Finland, som vårdar bland annat missbrukarkvinnor och gravida. Första planen var att göra en empirisk studie tillsammans med två andra respondenter, vilket påbörjades hösten 2006, men p.g.a. personliga ledigheter från studier blev det så att respondenten gjorde en teoretisk studie inom samma ämne. Arbetet styrs av syftet och problempreciseringen kring det har byggt upp innehållet i teoretiska utgångspunkten och bakgrunden samt valet av forskningsmaterial.

Respondenten har valt att göra en dokumentstudie, vars material är vårdvetenskapligt godkända artiklar. Artiklar har sökts från databaserna: Cinahl, Ebsco, Highwire, JBI COOnNECT, Nelli-portalen, Medic, Medline, PubMed, SpringerLink, SveMed+, Terveysportti, Google, Google scholar samt manuellt i tidskrifterna *Hoitotiede* (2004-2010), *Journal of Midwifery and Women's health* (2007-2011), *Suomen Lääkärilehti* (2004-2011) och *Tutkiva hoitotyö* (2004-2011). Sökorden som användes i olika kombinationer för att hitta materialet var: substance abuse, pregnancy, substance use, addiction, care, treatment, prenatal, substance dependency, alcohol abuse, drug abuse,

nursing, caring, midwifery, prenatal care, maternity care, tobacco, treatment method och illicit drugs. Vissa artiklar har hittats genom att respondenten har läst igenom litteraturförteckningar i artiklar som har varit relevanta. Sammanlagt hittades 63 artiklar var av 20 artiklar valdes som mest berörde ämnet i lärdomsprovet. De vetenskapliga artiklarna som valdes till lärdomsprovet var från åren 1999-2010.

Bearbetningen av artiklarna påbörjas med att göra en lättöverskådlig resuméartikel av dem (Bilaga 3). Av resuméns resultat görs en kvalitativ innehållsanalys där fokus är på det induktiva innehållet. När innehållsanalysen var noggrant gjord kom det upp tre övre kategorier: **på tal om rusmedel, vårdplanering och vården.**

6 Resultatredovisning

I resultatredovisningen kommer respondenten att presentera resultaten av de vetenskapliga artiklarna som valdes och användes i detta lärdomsprov. Med hjälp av innehållsanalys av artiklarna bildades tre övre kategorier. Under de övre kategorierna bildades det flera kategorier som kommer att presenteras noggrannare i detta kapitel. Varje **övre kategori** skrevs med **fet stil** och *under kategorierna* med *kursiv stil*. För att få en lätt läst text så används vårdare och kund som benämningar i följande kapitel. Vårdare står för sjukskötare, hälsovårdare och barnmorska, kunden för gravida missbrukare, klient och mördar med rusmedelsproblem. De tre övre kategorierna är: **på tal om rusmedel, vårdplanering och vården.**

6.1 På tal om rusmedel

Under överkategorin **på tal om rusmedel** bildades av fyra underkategorier: *bemötande, intervention, rädslor och oro* samt *information*. Dessa underkategoriers innehåll bildades av benämningar som användes i forskningsartiklar.

6.1.1 Bemötande

Bemötandet av kunden skall vara tillitsfullt och icke bedömande. Vårdaren skall vara förstående och respekterande av kundens situation. Viktigt är att vårdaren ger positiv feedback för det bygger upp tillit i förhållandet. Vårdarna tyckte att det var viktigt att ha bara kunden när det diskuterades om rusmedel. (Phillips, m.fl., 2007; Miles, m.fl., 2010) Kunderna önskar en öppen diskussion om rusmedel och om missbrukarvårds tjänster. (Halonen & Paasivaara, 2008)

Kunderna upplevde att de fick ett väldigt bra bemötande av vårdarna. Vårdarna såg dem som individer, respekterade, var tjänstvilliga och hörde på vad kunden hade att säga. (Pitkänen, 2006)

Kunderna tyckte att det var viktigt med ett äkta bemötande, ett jämställt möte människor emellan. Kunderna upplevde att det var viktigt med egenvårdare och ett gott samarbetsförhållande och interaktion. Kunderna ville att vårdarna skulle se dem som individer och ha en närrelation med kunden, vilket innehåller lättberörning. Vårdarnas ärlighet och feedback av dem uppskattades. (Laitila, 2010)

6.1.2 Intervention

Nästan alla av vårdare frågar om tobaksanvändning av gravida, om hur mycket kunden använder och om de är intresserade av att sluta samt råder dem att sluta röka. (Abatemarco, Steinberg & Delnevo, 2007; Laitinen & Toikkanen, 2003)

Vårdarna upplevde att med hjälp av strukturerade intervjuer hade de lättare att ta upp rusmedelsanvändning med kunden och att de fick en bättre helhetsbild av rusmedelsbruket. Vårdarna märkte att kunden hade lättare att prata om de var oroliga för någon anhörigs rusmedelsbruk. Oftast behövde både kunden och hennes familj vård för rusmedelsmissbruk. (Ettlinger, 2000; Phillips, m.fl., 2007)

6.1.3 Rädslor och oro

Rädslor var många gånger ett hinder för att kunden skulle erkänna rusmedelsanvändning under graviditeten. Rädslorna var att de skulle hamna i problem med myndigheter på grund av missbruket. Störta rädslan var att barnet skulle bli

omhändertaget efter födseln. Oro över fostrets hälsa var en orsak varför kunden berättade om rusmedelsanvändningen. Vissa kunder ville bli fast för rusmedelsanvändning och var lättade när de hade lämnat fast så att de fick vård och så att fostret skulle må bra. (Jessup, Humphreys, Brindis & Lee, 2003; Phillips, m.fl., 2007; Miles, m.fl., 2010) De var också oroliga för att personalen skulle skvallra om rusmedelsanvändningen. (Sword, m.fl., 2004)

6.1.4 Information

Nästan alla vårdare ger information av tobaksrökningens faror. (Abatemarco, m.fl., 2007; Laitinen & Toikkanen, 2003) Kunderna upplevde att de inte fick tillräckligt med information om missbrukarvård tjänster och att informationen kom försent. Den information som de hade fått var från rådgivningen och mödrapolikliniken. (Pitkänen, 2006) Kunderna önskade att det aktivt skulle informeras om olika tjänster inom missbrukarvården. Idén med detta var att ingen av kunderna med rusmedelsproblem skulle lämna utanför vården utan hitta sådan vård som passar henne och att hon skulle våga använda tjänsterna inom missbrukarvården. (Alho, Kankkunen & Pietilä, 2008)

6.2 Vårdplanering

Överkategori **vårdplanering** bildades av tre underkategorier: *bakgrund*, *tillsammans* och *vårdhinder*. Dessa underkategoriers innehåll bildades av benämningar som användes i forskningsartiklar.

6.2.1 Bakgrund

När kunden söker sig till vård, har hon märkt att hennes egna resurser inte räcker till för slut använda rusmedel. Rusmedelsanvändningen har varit långvarigt och lett till att kunden klara inte av vardagen och hemlighållningen av rusmedel användig börjat skada allt mer sociala förhållanden. Småningom har rusmedelsanvändning börjar kontrollera kundens liv, så att hon har fått dålig självkänsla. Psykiskt eller fysiskt illamående har kunnat leda till sökande av vård. (Halonen & Paasivaara, 2008) Ofta har kunden problem med mentalhälsan, det vanligaste är ångest och depression. (Alaja & Tuomirinta, 2004; Alho, m.fl., 2008; Taipale, 2005; Miles, Francis & Chapman, 2010;

Sorsa, Paavilainen & Åstedt-Kurki, 2004) Unga kunder med rusmedelsmissbruk hade väldigt dåligt självförtroende, skuld känslor och var deprimerade. De hade ofta brist på ekonomiska resurser och kände att de inte kom någonstans i livet. (Baldwin, Rawlings, Marshall, O'Neill Conger & Abbott, 1999)

Bland kunder är det vanligaste blandmissbruk. Kunder som använder intravenösa droger kan ha infektioner, t.ex. C-hepatit eller HIV. (Alaja & Tuomirinta, 2004; Miles, m.fl., 2010) Problem med rusmedel hade oftast också partnern till kunden och familjen där kunden har växt upp. (Alaja & Tuomirinta, 2004; Miles, m.fl., 2010)

6.2.2 Tillsammans

Kunderna önskade att vården skulle planeras tillsammans med henne där hennes individuella behov och mål skulle beaktas och vården skulle vara sådan som hon skulle få någon nytta av. Kunderna tyckte att det var viktigt att vårdkedjan skulle fungera från ett vårdställe till ett annat samt kontinuiteten i vården och att få vård tillräckligt tidigt. Redan i planeringen av vården upplevde kunderna att det var viktigt att få med partnern och barnen med i vården. (Alho, Kankkunen & Pietilä, 2008; Laitila, 2010; Sorsa, m.fl., 2004)

Vårdarna borde respektera kundens självbestämmanderätt och hjälpa samt stöda henne att fatta rätta beslut med tanken på fostrets hälsa. Vårdaren borde respektera det unika förhållandet mellan modern och fostret. Vården borde vara holistisk, relevant och på lång sikt, vilket skulle garantera fostrets hälsa. (Marcellus, 2004; Sorsa, m.fl., 2004) Vården skall vara kundorienterad, så att kunden känner att hon har kontroll över vården. (Sorsa, m.fl., 2004; Laitila, 2010)

6.2.3 Vårdhinder

Kunder hade väldigt negativa fördomar mot öppenvård och mödrahem. De hade blivit mer negativa efter att de hade varit och bekantat sig med ställena. Största delen av kvinnorna upplevde inte att de var rusmedelsmissbrukare och behövde vård. Kunderna hade väldigt negativa attityder till kvinnor som använde rusmedel under graviditeten. (Pitkänen, 2006) Hinder emot att gravida missbrukare söker sig till vård var våld i parförhållandet och rusmedelsmissbruk också hos partnern. (Jessup, m.fl., 2003)

Kunden är inte intresserad och hör inte om råd av att sluta röka. På vårdbesöken räcker inte tiden till eller andra saker är viktigare än gravida kundens tobaks rökning. (Abatemarco, m.fl., 2007; Laitinen & Toikkanen, 2003)

Kunderna upplevde att de inte fick sin röst hörda när vården planerades och förverkligades. Hinderna för det var vårdarnas negativa attityder, brist på information och tidbrist samt hierarkin inom vården att vårdaren vet bäst. Kunderna kunde inte vara delaktiga i vården om de tyckte att de inte behövde vård eller var i vård mot sin vilja. Vårdarna ansåg att de kunder som inte vill delta i vården, har dåliga förutsättningar för vård. Ingen kan tvingas att göra saker mot sin vilja. (Laitila, 2010)

Organisationen, lagar och vårdprinciper styrde vården som vårdaren kunde ge till kunden. (Laitila, 2010; Miles, m.fl., 2010) Negativa attityder hos vårdarna mot kunden med rusmedelsproblem kunde göra att hela vården blev i fara och särskilt fostrets hälsa. (Miles, m.fl., 2010) Organisationen och kommunala resurser kunde hindra kunden från att få vård och rehabilitering fastän kunden var redo och motiverad till vården. (Laitila, 2010) Organisationen där vårdarens arbetade endera stöttade vårdaren att följa med och hjälpa gravida kunden att sluta röka eller hade inte ett inbyggt system där vårdaren hade resurserna att följa med gravida kundens rökning. (Abatemarco, m.fl., 2007)

6.3 Vården

Överkategori **vården** bildades av åtta underkategorier: *stöd*, *vårdsätt*, *vårdmodellen*, *fostret och barnen*, *sexualhälsa*, *med hjälp av vården*, *återfall* och *utveckling*. Dessa underkategoriers innehåll bildades av benämningar som användes i forskningsartiklar.

6.3.1 Stöd

Redan vid planering av en graviditet borde kunderna inom missbrukarvården ta reda på sitt stödnätverk. Det kan komma upp under graviditetens gång krissituationer att de närmastes stöd är viktig och särskilt för ensamstående. Kunderna upplevde att det var viktigt med kamratstöd ifrån andra kunder som hade använt rusmedel. Stöd ifrån vårdarna var viktigt för kunderna. (Alho, m.fl., 2008; Sword, Niccols & Fan, 2004)

Med hjälp av missbrukarvården kunde unga kvinnor bygga upp pålitliga relationer till andra människor. Det gjorde att de fick stöd och vänskap, en bättre självkänsla, samt att det minskade på ensamheten. (Baldwin, m.fl., 2008; Sword, m.fl., 2004) Viktigt var att det under vårdtiden byggs upp ett gott stödnätverk för att minimera risken att kunden faller i gamla vanor med gamla kamrater. (Halonen & Paasivaara, 2008) Kunderna tyckte att det var viktigt med kamratstöd och patientgrupper, så att de träffade andra i samma situation. (Laitila, 2010)

Kunderna fick mest stöd ifrån partnern, rådgivningen, föräldrarna och öppenvårdsanstalterna. Stöden var konkret, beslutsfattande och emotionellt. Konkret stöd var t.ex. hjälp med matlagning, ekonomiskt stöd, att ge tid. Emotionellt stöd var t.ex. att visa tillit, ge en känsla av trygghet, ge positiv feedback, respekt. Beslutsfattande stöd var t.ex. att lyssna, ge råd, diskussioner, hjälp att hitta lösningar. Kunder som var deprimerade samt ensamförsörjare upplevde att de fick mindre eller inget stöd i jämförelse med andra missbrukare. (Taipale, 2005) Kunderna upplevde att de fick tillräckligt mycket stöd från rådgivningen och mödrapolikliniken. (Pitkänen, 2006)

6.3.2 Vårdsätt

Vårdarna tog upp redan vid första rådgivningsbesöket tobaks rökning hos kunden och om hon var utsatt för passiv tobaksrök under graviditeten. Vårdarna gav information och material om tobaksrökens faror till kunden, särskilt till unga och förstföderskor. Oftast minskade kvinnornas tobaksrökning, men sällan slutade de helt att röka under graviditeten. Det var lättare för kvinnan att sluta röka om partner gjorde det också. Vårdarna upplevde att de inte kunde göra mycket mer för kunden, för hon ansågs vara en fullvuxen människa och kapabel att fatta egna beslut. Kunden slutade röka först när fostret hade tillväxthämningar. Om kundens egen mamma hade rökt under graviditeten utan att det hade påverkat fostret, trodde inte kunden på vad vårdaren hade att säga om farorna med rökning. Vårdaren frågade vid varje vårdbesök om tobaksrökningen och om kvinnan hade försökt minska på rökningen. Vårdarna gav positiv feedback till kvinnan om hon hade minskat rökningen. Kunderna var förvånade över att vårdarna frågade om tobaksrökning varje gång och att de inte skällde ut kunderna fast de fortsatte att röka under graviditeten. Kunderna önskade att vårdarna skulle vara strängare med att

sluta röka under graviditeten. (Laitinen & Toikkanen, 2003) Få barnmorskor rekommenderade nikotinpreparat till gravida som substitutionbehandling i stället för rökning. (Abatemarco, m.fl., 2007; Laitinen & Toikkanen, 2003)

Ett lösningsfokuserat bemötande av tobaksrökning bland gravida var ett bra sätt att ta upp ett känsligt ämne. Vårdarna fick mera förståelse för den gravidas situation och kunde med respekt prata om att minska på rökningen. Vårdarna kände sig bekvämare när tobaksrökningen togs upp med ett lösningsfokuserat bemötande. Just gravida som hade en svår livssituation fick vårdarna att bli mera förstående att det var hennes sätt att orka när hon rökte. Vårdarna lade också märke till och accepterade gravidas variationer i motivation och resurser att sluta röka. Med ett lösningsfokuserat bemötningssätt kunde gravida minska på tobaksrökningen. (Browne, Shultis & Thio-Watts, 1999)

Sjukskötarens tid gick för det mesta till vårdrelationerna med patienten inom missbrukarvården. Till sjukskötarens uppgifter hör att stöda anhöriga och bygga upp stödnätverk till patienten samt att ha vårdgrupper. Sjukskötarna bedömer vården och dess framgång. Till sjukskötarens uppgift hörde att stöda patientens psykiska välmående, att ge råd och lära patienten. Sjukskötarna hjälpte patienterna att hantera känslor om det hade skett återfall, att ta ansvar och få självvärdet tillbaka. (Inkinen, 2004)

Kunderna var väldigt nöjda med vården, för de hittade vården som de behövde under ett tak och fick andra tjänster som de behövde via vårdstället. (Sword, m.fl., 2004) Kontinuiteten i vården hjälpte att kunden slutade använda droger. (Phillips, m.fl., 2007)

Om vården var riktad mot kvinnor med rusmedelsproblem, så hade det oftast bättre resultat och kunderna var mera motiverade att genomföra vården. Vården skall vara passande för individen. (Sorsa, m.fl., 2004) En del gravida var bara med i missbrukarvården för att barnet inte skulle bli omhändertaget. (Jessup, 2003)

Enligt vårdarna var kunden mittpunkten i vården, där kunden tar ansvar för vården och rehabiliteringen i den mån hälsan tillåter. Vårdarna tyckte att det var viktigt att kunden var motiverad och ville delta samt vara aktiv inom vården. Vårdarna upplevde att vården och målen skulle vara realistiska, där kunden kunde uppleva att hon lyckats och få självsäkerhet. (Laitila, 2010)

Kunderna upplevde inte att en kundorienterad vård förverkligas inom mental- och missbrukarvården. En del av kunderna hade varit med på möten där deras vård diskuterades, men efter mötet hade det lämnat oklart för kunden att hur vården skulle fortsättas. Inom tvångsvården eller om kunden inte känner sig i sjuk upplevde kunderna att det var omöjligt att förverkliga en kundorienterad vård. Kunderna upplevde inom mental- och missbrukarvården att det var viktigt med helhetsvården var familjen fick vara med. (Laitila, 2010)

6.3.3 Vårdmodellen

Sutinen (2010) har utvecklat en vårdmodell för mödra- och barnrådgivningsvårdarbetet med kvinnliga kunder som använder rusmedel. Vårdmodellen utvecklades i fyra steg; bedömning av utgångspunkten, utveckling av vårdmodellen, bedömning av vårdmodellen och slutgiltiga vårdmodellen. Med hjälp av vårdmodellen blev vårdarna mera aktiva att ta upp rusmedelsanvändning och utnyttjade samarbete mera.

Sutinen (2010) kom fram till att utgångspunkterna i vårdmodellen var vårdarens motivation att använda missbrukarvårdsmetoder i sitt arbete och att vårdaren ser missbrukarvården som en del av hälsobefrämjandet. Andra utgångspunkter var vårdarbetets ledning och stöd samt gemensamma överenskommelser, som arbetsfördelning, uppdelning av vården och informationsgång.

Vårdarna skolades att ta upp rusmedelsanvändningen med kvinnorna med hjälp av strukturerade intervjuer eller enkäter. En del av arbetsledningen visste inte vilka metoder som vårdarna använde för att ta upp rusmedelsanvändningen med kvinnorna medan andra ledare kom med nya metoder för vårdarna att testa. När vårdarna hade fått upp rusmedelsanvändningen, så pratade kvinnorna lättare om egna eller partners problem samt om behov av förändring i användning av rusmedel. (Sutinen, 2010)

Vårdarna bedömde först hur stor oro som väcktes hos vårdarna av kvinnornas prat om rusmedelsanvändning. Beroende på hur stor oro som väcktes hos vårdarna av kvinnornas prat om rusmedel, bedömdes vårbehoven ensam, i par eller i en mångprofessionell arbetsgrupp. Vårdarna arbetade ofta ensam, fast det fanns möjlighet att arbeta i par eller i grupp. (Sutinen, 2010)

Allmänna arbetsmetoder var mångprofessionellt samarbete, att arbeta i par, att stöda en tidiginteraktion samt familje- och hembesöksarbete. Missbrukarvårdens kunnande och kunskaper av det var viktigt för att kunna uträtta mini-interventioner och motiverande intervjuer samt att känna igen förändringsstegen. Kunnande av mini-interventioner och motiverande intervjuer koncentrerades och blev konkreta i mötet mellan kvinnan och vårdaren. (Sutinen, 2010)

Det centrala i verksamheten och i målen var ett motiverande bemötande som bestod av att arbeta tillsammans, motivationsväckning och diskussionsanda. Dessa gjordes med respekt för kvinnan och hennes självbestämmanderätt samt att hennes styrkor och ansvar betonades. Motivationsväckning var mest att vårdaren gav information till kvinnan. (Sutinen, 2010)

6.3.4 Fostret och barnen

Ett positiv inverkan på moder-foster-förhållandet har ultraljud, för kvinna kan se fostret samt när kvinnan börjar känna fostrets rörelser. En god prenatal vård, psykosocialt välmående och ett stabilt parförhållande stärkte moder-foster-relationen. Negativ inverkan på bildningen av moder-foster relation var om kvinnan var deprimerad eller hade ångest samt om hon hade fått missfall eller hennes barn hade blivit omhändertagna. Om kvinnan använder droger under graviditeten är hon inte kapabel att bygga upp en god relation med fostret. Barndomsminnen hade inflytande på moder-foster-relationen. (Alhusen, 2008)

Barnen motiverade mammorna till att bli rusmedelsfria, samt önskan om en frisk baby. (Sword, m.fl., 2004; Phillips, m.fl., 2007) Kunderna upplevde det som väldigt viktigt att veta hur fostret mår. (Pitkänen, 2006)

6.3.5 Sexualhälsa

Mödrarna föreslog att inom missbrukarvården skulle det aktivt informeras, enligt mödrarnas behov, om tjänster som finns för sexualhälsa. Inom missbrukartjänsten kunde det ges preventionsrådgivning, om medel och tjänster. Mödrarna tyckte att det skulle vara bra om det skulle delas ut gratis kondomer för det skulle påminna om och uppmuntra till säker sex. Mödrarna ville att det öppet skulle diskuteras om behov av närhet, sexuella begär och sexuellt riskbeteende så att mödrarna kunde förutse och förhindra riskbeteende i sexförhållanden. (Alho, m.fl., 2008)

Inom missbrukarvården borde pratas om rusmedlens påverkan på fostret, redan när graviditeten planeras och senast när kvinnan är gravid. Mödrarna önskade att inom missbrukarvården skulle det poängteras hur viktigt ett rusmedelsfritt liv är, när det planeras familjetillökning. Vid missbrukarvårdsstället skulle delas ut gratis graviditetstester, föreslog mödrarna. Mödrarna ville att det skulle tas upp till tals om hur moderskap ändrar livet och förhållandet samt om hur konflikter inom förhållandet skall hanteras. Allt negativ kan leda till att modern får ett återfall. (Alho, m.fl., 2008)

6.3.6 Med hjälp av vården

Med hjälp av missbrukarvården fick kunder mera vilja och insikt att ta kontroll över livet och ta mera ansvar. De kunde bygga friska förhållanden till andra människor. Vården hjälpte dem att växa och mogna samt övervinna rädslor och dåligt självförtroende. De började hitta stolthet i det vad de gjorde och en väg ur beroendet till verkliga livet. (Baldwin, m.fl., 2008; Halonen & Paasivaara, 2008; Sword, m.fl., 2004; Sorsa, m.fl., 2004) Kunderna fick bättre mental, social och fysisk hälsa. Kunderna blev bättre föräldrar och fick mera förståelse för barnen och fick lättare arbete. Kunderna kunde minska på rusmedelsanvändningen och återfallen minskade. (Sword, m.fl., 2004; Sorsa, m.fl., 2004)

6.3.7 Återfall

Kvinnorna önskade att om återfall skulle vårdarna prata väldigt empatiskt om, för mödrarna hade väldigt dåligt samvete om sådant hade hänt. (Alho, m.fl., 2008) Återfall kunde hindras med hjälp av tillräckligt långa vårdperioder. (Halonen & Paasivaara, 2008)

6.3.8 Utveckling

En stor del av vårdarna upplevde att de inte hade tillräckligt med kunskap för att hjälpa gravida att sluta röka. Vårdarna upplevde att de hade för lite kunskap av att ge råd om nikotin preparat under graviditeten. (Abatemarco, m.fl., 2007; Laitinen & Toikkanen, 2003)

Mödrarna önskade att mentalvårdstjänster och missbrukarvårdstjänster skulle fås från ett ställe. Mödrarna ville att vårdarna skulle ta mera i beaktande moderns trötthet, behov av hjälp och bearbetning av svåra känslor på ett mer konstruktivt sätt. (Alho, m.fl., 2008)

Kunderna önskade att det skulle ordnas mera aktiviteter där de kunde träffas och få kamrattstöd samt att det skulle utvecklas en stödpersonsverksamhet för det upplevde kunderna som centralt för att hållas rusmedelsfri. Kunderna önskade att de skulle få vård i rätt tid och dygnet runt när det behövs. Kunderna poängterade att kontinuiteten och samarbetet borde fungera mellan vårdtjänsterna och inom vårdkedjan. (Halonen & Paasivaara, 2008; Laitila, 2010) Kunderna önskade att personalen skulle vara den samma och helst inga vikarier. (Laitila, 2010) Kunderna önskade att stödgrupperna vore små och andra deltagarna i gruppen vore i ungefär samma skede av tillfriskandet. (Sword, m.fl., 2004) Kunderna önskade att det skulle finnas en liten hemlik lägenhet, där hon redan under graviditeten kunde vara med sin familj och att vårdarna skulle vara nära tillhands. (Pitkänen, 2006)

Kunderna upplevde att de skulle ha bästa kunskapen att utveckla vården och att deras kunskap om vården skulle tas i mera beaktande. Kunderna upplevde att de inte hade möjlighet att få vara med i vårdutvecklingen. Kunderna önskade att det skulle finnas föreläsningar om mental- och missbrukarvården, specifikt om deras sjukdom eller beroende. På föreläsningarna skulle det gås igenom om sjukdomen eller missbruket, hur det vårdas och medicineras. Vårdarna ville ha mera handledning och skolning om kundorienterad vård. Vårdarna ville gärna utveckla vården tillsammans med kunden och vara på samma skolningar som de. (Laitila, 2010)

7 Tolkning

Respondenten kommer i detta kapitel att göra en tolkning av resultaten utgående från de teoretiska utgångspunkterna och den teoretiska bakgrunden. De teoretiska utgångspunkterna har respondenten använt sig av Patersons & Zderads (1988), Roachs (1995) och Erikssons (2000) tankar om vårdande. Respondenten kommer även under tolkningens gång att referera till litteratur som använts i den teoretiska bakgrunden. Varje **övre kategori** skrevs med **fetstil** och *under kategorierna* med *kursiv stil*. Detta för att lättare kunna koppla ihop det med resultaten. Övre kategorierna var: **på tal om rusmedel, vårdplanering och vården**.

7.1 På tal om rusmedel

Bemötande beskrevs som att det borde vara tillitsfullt, icke bedömande, respekterande, förstående och att kunderna ses som individer. Vårdarna är ärliga, ger feedback, är vänliga och ger ett äkta bemötande samt att ge lättberörning. Kunderna *bemöttes* oftast bra och de blev hörda. Kunderna önskade en öppen diskussion om rusmedelmissbruk. (Philips, m.fl., 2007; Miles, m.fl., 2010; Pitkänen, 2006; Laitila, 2010) Paterson och Zderad (1988) beskriver vårdande som en mellanmänsklig upplevelse och en relation med andra där människan är unik och kan vara sig själv. Vårdande förutsätter tillförlitlighet mellan vårdaren och patienten. Roach (1995) tar upp tillit i vårdandet. Med hjälp av den kan det byggas upp en ömsesidig respekt och en förtroendefull vårdrelation. Jämfört med teorin kommer det upp att vårdmiljön skall vara icke bedömande och vara en pålitlig vårdrelation för att gravida missbrukare skall börja öppna sig om sitt missbruk av rusmedel. (Halmesmäki, 2008)

Vårdarna tyckte att det var lättare att göra *intervention* med hjälp av strukturerade frågeformulär eller intervjuer. Vårdarna fick en bättre helhets bild över kundernas rusmedelsanvändning och kunderna pratade lättare om sina egna eller anhörigas problem med rusmedel. Största delen av vårdarna tog upp om tobaksrökning med gravida och gav som råd till gravida att de skulle sluta röka. (Ettlinger, 2000; Philips, m.fl., 2007; Abatemarco, m.fl., 2007; Laitinen & Toikkanen, 2003) Paterson och Zderad (1988) tar

upp att människan bäst själv kan beskriva sin situation, eftersom hon är i sin situation. I Finland är 99,8 % av gravida är kunder vid mödrarådgivningen och 86 % av dem besöker mödrapolikliniken, så det finns bra tillfällen för vårarna att ta upp rusmedel med gravida. (Hiilesmaa, 2008; Halmesmäki, 2008)

Gravida rusmedelsmissbrukare har ofta *rädslor och oro* över graviditeten, myndigheterna eller fostret. Gravida missbrukare är tudelade; de är *rädda* att lämna fast med droger om de själva hamnar i problem eller att barnet blir omhändertaget efter förlossningen samt *oroade* över fostrets hälsa när de använder rusmedel. En del gravida är lättade när de blir fast för rusmedelsbruk för att de får vård och fostret kan må bra. Gravida var *rädda* om att personalen skulle skvallra över rusmedelbruket och det skulle leda till omhändertagning av barnet. (Jessup, m.fl., 2003; Phillips, m.fl., 2007; Miles, m.fl., 2010; Sword, m.fl., 2004; kan jämföras med Halmesmäki, 2008) Vårdaren skall kunna ha medlidande med kunden, ge respons och närvaro i kundens situation. (Roach, 1995)

Kunderna upplevde att de fick dåligt med *information* eller för sent. Kunderna önskade mera *information* om missbrukartjänsterna, för att kunna hitta sådan vård som kunden själv ville ha. Kunderna fick bäst *information* från rådgivningen och mödrapolikliniken. Nästan alla vårdarna gav information om tobaksrökning till gravida. (Abatemarco, m.fl., 2007; Laitinen & Toikkanen, 2003; Pitkänen, 2006; Alho, m.fl., 2008) Eriksson (2000) tar upp att en del av vårdandet är att lära. Vårdarens kompetens är att lära och stöda inläring hos kunder. Nya möjligheter och vägar öppnas för människor genom inläring.

7.2 Vårdplanering

I kundens *bakgrund* kan det finnas saker som kan vara relevanta för **vårdplanering**. I resultaten kom det upp att gravida missbrukare kan ha problem med mental- och fysiskhälsan, infektioner, dålig självkänsla och dåligt självförtroende, dålig ekonomi samt att de ofta har vuxit upp i en familj med rusmedelsproblem. Kunderna är vanligen blandmissbrukare. (Halonen & Paasivaara, 2008; Alaja & Tuomirinta, 2004; Alho, m.fl., 2008; Taipale, 2005; Miles, m.fl., 2010; Sorsa, m.fl., 2004; Baldwin, m.fl., 1999)

Detta kan jämföras med Halmesmäki (2008), Holopainen (1998), Paananen, m.fl. (2006) och Inkinen, m.fl. (2000). Eriksson (2000) tar upp om att vårda hela människan, vilket omfattar kropp, själ och ande.

Kunderna önskade att vården skulle planeras *tillsammans* med vårdaren. Vården borde vara holistisk och ha individuella mål. Vården borde vara relevant och långsiktig samt fås i god tid för att garantera fostrets hälsa. Vårdarna borde respektera självbestämmanderätten hos gravida kvinnan och hjälpa henne att fatta rätt beslut med tanke på fostret. En kundorienterad vård ger kunden känslan av att hon har kontroll över vården. (Alho, m.fl., 2008; Sorsa, m.fl., 2004; Laitila, 2010; Marcellus, 2004) Eriksson (2000) beskriver att vårda hela människan, kroppen, själen och anden. Vårdaren kan stöda patienten i självvården och hjälpa i hälsoprocessen. Enligt Inkinen m.fl. (2000) är vårdens mål att minska och förebygga rusmedelsskadorna hos fostret samt stöda kvinnan till moderskapet och till en relation med babyn.

Det kom upp en del *vårdhinder* inom missbrukarvården. För kunderna var *vårdhinder* fördomar mot vårdställen, de upplevde att de inte behövde vård, våld i parförhållandet, missbruk hos partnern, brist på intresse att sluta använda rusmedel, informationsbrist, att de inte blev hörda i vården och om de var mot sin vilja i vård. Vårdarnas negativa attityd och tidsbrist på mottagningarna upplevdes som *vårdhinder*. Organisationen, lagar, vårdprinciper och resurser var hinder för vårdaren att ge vård och för kunden att få vård. (Jessup, m.fl., 2003; Laitanen & Toikkanen, 2003; Abatemarco, m.fl., 2007; Laitila, 2010; Miles, m.fl., 2010) Vårdande, enligt Roach (1995), är specifika och konkreta handlingar samt en vilja att vårda. Holopainen (1998) skriver att attityderna oftast är bedömande mot gravida och småbarnsmammor med rusmedelsproblem.

7.3 Vården

Stöd i alla olika former är viktiga för kunder med rusmedel. En del av kunderna har nytta av att få *stöd* av andra i samma situation, medan andra behöver *konkret* stöd som mat eller ekonomiskt *stöd*. Viktigt är att kunderna fick stöd av vårdarna och att det under vårdtiden byggdes upp stödnätverk. Mödrarådgivningen och mödrapolikliniken var de ställen där kunderna upplevde att de fick bäst stöd. (Alho, m.fl., 2008; Sword, m.fl., 2004; Baldwin, m.fl., 2008; Halonen & Paasivaara, 2008; Laitila, 2010; Taipale,

2005; Pitkänen, 2006) Detta kan jämföras med Paananen m.fl. (2006), Inkinen, m.fl. (2000) och Pidä-kiinni (2011). Enligt Eriksson (2000) är vårdarens uppgift att stöda kunden genom hälsoprocessen.

Det kom upp olika *vårdsätt* inom missbrukarvården. Kunderna var förvånade att inom mödrarådgivningen frågar vårdarna om tobaksrökning vid varje besök. Vårdarna tyckte att då kunderna är fullvuxna får de bestämma själva om de slutar röka under graviditeten, fast de rekommenderade att sluta röka. Ett lösningsfokuserat bemötande gjorde att vårdarna hade lättare att förstå om kunderna hade svårt att sluta röka i sin livssituation. En kundorienterad vård upplevdes att det inte kunde förverkligas inom missbrukarvården. Helhetsvård upplevdes som viktigt, där familjen kunde delta. Vården och målen skulle vara realistiska, så att kunden kan uppleva att hon lyckas och få självssäkerhet. Inom vården fick kunderna de tjänster som de behövde från ett ställe. Vårdarnas tid gick för det mesta till att ensam vårda kunder. (Abatemarco, m.fl., 2007; Pitkänen, 2006; Sword, m.fl., 2004; Laitila, 2010; Inkinen, 2004; Phillips, m.fl., 2007, Sorsa, m.fl., 2004; Browne, m.fl., 1999) Enligt Eriksson (2000) innebär vårdandet att ansa, leka och lära och vårdandets kärna är tro, hopp och kärlek, samt att vårda hela människan som omfattar kroppen, själen och anden.

Barnen och önskan om en frisk baby motiverade kunderna att bli rusmedelsfria. Kunderna tyckte att det var viktigt att få veta hur *fostret* mår. Moder-*foster*-relationen kunde stärkas med hjälp av ultraljuden, god prenatal vård, ett psykosocialt välmående och ett stabilt förhållande samt när kvinnan kände av *fostrets* rörelser. De saker som påverkade negativt på moder-*foster*-förhållandet var mentala problem, tidigare missfall, om barnet hade blivit omhändertaget och missbruk av rusmedel. (Alhusen, 2008; Sword, m.fl., 2004; Phillips, m.fl., 2007; Pitkänen, 2006) Enligt Paterson och Zderad (1988) berättar våra känslor och reaktioner vem vi är och hur starkt närvarande vi är med andra. Enligt Holopainen (1998) är barnen viktiga för missbrukare.

Med hjälp av vården fick kunderna bättre fysisk, mental och socialhälsa. Vården hjälpte kunderna att övervinna rädslor, dåligt självförtroende, de började känna stolthet och blev bättre föräldrar. Vården hjälpte att kunderna kunde minska på rusmedel och *återfallen* minskade. *Återfall* hos kunder kunde hindras med tillräckligt långa vårdperioder. Kunderna ville att vårdarna skulle prata empatiskt om *återfall* med

kunden. (Alho, m.fl., 2008; Halonen & Paasivaara, 2008; Sword, m.fl., 2004; Baldwin, m.fl., 2008; Sorsa, m.fl., 2004) Genom att ansa, leka och lära har kunden fått igång en hälsoprocess, där hon får nya vägar och möjligheter. (Eriksson, 2000)

Kunderna ville vara med och *utveckla* vården. Ett av kundernas förslag var att mental- och missbrukarvården skulle integreras. Kunderna önskade att vårdarna skulle beakta deras behov mera. Kunderna hade en tanke om att mera aktiviteter borde ordnas där de kunde träffa andra i samma situation. Kunderna hade en önskan om att det skulle finnas en hemlik lägenhet, dit de kunde gå efter förlossningen och det skulle finnas vårdare nära tillhands. Kunderna önskade att inom missbrukarvården skulle det diskuteras och informeras mera om *sexualhälsa*. Kunderna ville att det skulle delas ut gratis kondomer och graviditetstester, för det skulle påminna om säker sex. Kunderna önskade att kontinuiteten i vården och vårdkedjan skulle fungera samt att personalen skulle hållas samma. Vårdarna hade som största behov att få mera skolning så att de skulle klara av arbetet bättre. *Vårdmodellen* är bra exempel på att när vårdarna får skolning, så har de lättare att ta upp med kunder om rusmedelsanvändning samt att få kontinuitet i vården. (Abatemarco, m.fl., 2007; Laitinen & Toikkanen, 2003; Pitkänen, 2006; Alho, m.fl., 2008; Halonen & Paasivaara, 2008; Sword, m.fl., 2004; Sutinen, 2010) Enligt Roach (1995) består vården av kompetens som är vårdarens professionella ansvar. Kompetens hos vårdare är enligt Eriksson (2000) att kunna hjälpa kunden i hälsoprocessen; ansa, leka och lära. Inkinen, m.fl. (2000) tar upp att det är viktigt att en gravid missbrukare lär sig vardagsrutiner med trevliga aktiviteter som en del.

8 Kritisk granskning

I detta kapitel kommer respondenten att göra en kritisk granskning av sitt lärdomsprov. Respondenten gör kritiska granskningen enligt Larssons (1994) kvalitetskriterier för kvalitativa studier. Kvalitetskriterierna som respondenten har valt är etiskt värde, struktur och heuristiskt värde.

Larsson (1994, 171-172) poängterar viktigheten med god etik i vetenskapliga studier. Etiskt värde i studier betyder att resultaten är sanningsenliga, inte har blivit förvrängda eller påverkade av yttre faktorer samt att skydda anonymiteten hos individer eller anstalter som har deltagit i studien. Vetenskaplig hederlighet är att studien är gjord med omsorg och att man inte har fuskat eller dragit förhastade slutsatser.

Respondenten har inte lämnat ut några uppgifter om vårdstället för vilket lärdomsprovet är gjort. Respondenten har försökt behandla alla artiklarna jämnt och återge dem så noggrant som möjligt. Respondenten har inte med flit undanhållit eller tillagt information i lärdomsprovet som kunde ha ändrat resultaten. Respondenten vet att p.g.a. hennes dåliga skriv- och översättningsfärdigheter, finns det språkliga fel i texten och de kan leda till feltolkningar i resultatet. Respondenten upplever att hon har förhastat slutsatserna för att hinna få färdigt lärdomsprovet i tid. Detta har säkert till en del påverkat pålitligheten av resultaten, men de mesta av resultaten kan påträffas i teoretiska bakgrunden.

Struktur betyder enligt Larsson(1994, 173-175) att resultaten är överskådliga och har en god struktur. Språket skall vara lättförståeligt utan svåra begrepp och resultaten skall vara klara. Strukturkriteriet är att genom hela arbetet borde det gå en röd tråd. Detta betyder att det måste vara en klar tankegång som kan följas genom hela arbetet utan att det har fallit bort viktig fakta.

Respondenten har försökt ha en röd tråd genom hela lärdomsprovet, röda tråden har varit syftet i arbetet. Respondenten är medveten om att röda tråden och logiken i texten brister emellanåt. Respondenten har språket på en lätt nivå genom hela arbetet. Respondenten upplevde att det var svårt att få en klar struktur i resultaten. För resultaten var så sammanhängande och svåra att få att passa under olika kategorier eller så passade de under alla kategorier. För att tydligare få fram övre kategorierna användes fet stil och för underkategorier användes kursiv stil i resultatredovisningen och tolkningen. Respondenten gjorde ett grundligt kapitel om undersökningens genomförande för att läsaren skulle ha lättare att följa med hur undersökningen gjordes samt att respondenten skulle själv ha lättare att göra analysen av artiklarna. Respondenten tyckte att det var

svårt att göra teoretiska bakgrunden för det finns inte en klar vårdriktning för gravida missbrukare utan de tar del av många olika vårdformer, så som mödravården, mental- och missbrukarvården.

Heuristiskt värde innebär en metod för att hitta någonting nytt eller bekräftar sådant som varit känt i studien. Kvalitativa studiens krav är att ge mera kunskap och vid en lyckad analys kan leda till att man ser på verkligheten på ett nytt sätt. Kvaliteten på studien, enligt heuristiskt värde, är hur mycket som kan ses på ett nytt sätt av verkligheten genom framställningen av studien. (Larsson, 1994, 179-180) Respondenten tycker att hon har lärt sig mycket nytt och fått en ny bild av missbrukarvården för gravida. Respondenten tror att en vårdare som arbetar inom missbrukarvård för gravida inte får mycket ny information. Respondenten tror att lärdomsprovet kan väcka tankar bland vårdarna, som att ta upp rusmedlen, vårdplaneringen och vården.

9 Diskussion

Detta lärdomsprov var enbart en teoretisk studie som grundar sig bara på teoretiskt material. Respondenten valde att undersöka hurudan vård ges till gravida missbrukare och hur återfall förebyggs hos gravida missbrukare. Datainsamlingsmetoden var dokumentstudie. Det innebar 20 vetenskapligt godkända artiklar som samlades in och sammanställdes till en resuméartikel och analysen gjordes med innehållsanalys. Metoden hade både för- och nackdelar. Fördelarna med metoden var att man inte behövde vänta på svar från enkäter eller boka tider för intervjuer. Nackdelarna var att metoden var väldigt tidskrävande och att det var svårt att hitta passliga artiklar som berörde ämnet med tanke på syftet i lärdomsprovet.

I resultaten bildades tre övre kategorier som respondenten sammanställde: **på tal om rusmedel, vårdplanering** och **vården**. Utgående från resultaten i studien har respondenten kunnat konstatera att då både gravida missbrukaren och vårdaren är med hjärtat med i vården så kan den inte misslyckas. Förstås finns det alltid gropar i vägen, men med stöd och vilja klarar de sig nog fram och får tillsammans ett nytt liv med babyn.

Sutinen (2010) hade skrivit i sin inledning att, var bemöts en gravid missbrukare som en gravid missbrukare? I rådgivningen blir hon nämligen bemött som gravid och i missbrukarvården som missbrukare. Respondenten hittade inga klara vårdriktlinjer för gravida missbrukare, bara vårdmål. Det skulle vara intressant att veta hur gravida missbrukare sköts i mindre kommuner i Finland. I större städer kan det finnas mödrahem eller större sjukhus, som sköter om missbrukarvården för gravida. Respondenten lämnade och undra över frågan. Hur konkret sköts gravida missbrukare? Det upplever respondenten att lämnade oklart i arbetet. Det kan sedan spekuleras i om det var dåligt valda artiklar i arbetet eller har det inte forskats i det?

Respondenten blev mest förvånad över hur negativa attityder och dömande attityder gravida missbrukare har mot andra i samma situation. Respondenten trodde att just gravida missbrukare skulle ha förståelse för andra i samma situation. Vårdarnas negativa attityder kunde orsaka att hela vårdprocessen blev förstörd. Respondenten kan erkänna att hon hade till en del negativa attityder mot gravida missbrukare, men under lärdomsprovets gång har de slopats.

Idealet skulle vara då missbrukarvården kunde uppbyggas på en individuell helhetsvård, där hela familjen kunde vara med och där gravida missbrukaren hade alla tjänster under ett tak och det skulle vara trivsamt. Det som vi kanske kan påverka är att gravida missbrukare får vård tillräckligt länge och med en personal som bibehålls och som de känner.

I resultaten önskade vårdarna skolning på många plan. De ville ha skolning om nikotinpreparat för att kunna återge till gravida rökare hur de kan använda dem under graviditeten. Respondenten kunde göra som sitt utvecklingsarbete en snabb guide till bemötande och intervjuande av gravida. I lärdomsprovet kom det fram att vårdarna hade lättare att ta upp rusmedel då de hade fått skolning om t.ex. att göra ens mini-intervention.

Litteratur

Abatemarco, D. J., Steinberg M. B. & Delnevo, C. D. (2007). Midwives' knowledge, perceptions, beliefs, and practise supports regarding tobacco dependence treatment. *Journal of midwifery and women's health*, 52 (5), 451-457.

Alaja, R. & Tuomirinta, H. (2004). Hoitoonohjaus raskausajan päihdeongelmissa. *Suomen lääkäri-lehti*, 39 (59) , 3647-3650.

Alho, L., Kankkunen, P. & Pietilä A-M. (2008). Seksuaaliterveyden edistäminen ja äitiyden tukeminen päihdehuollossa: asiakkaan näkökulma. *Tutkiva hoitotyö*, 6 (4), 23-29.

Alhusen, J. L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *J Obstet gynecol neonatal nurs.*, 37 (3), 315-328.

Baldwin, J. H., Rawlings, A., Marshall, E. S., O'Neill Conger, C. & Abbott, K. A. (1999). Mom empowerment, too! (ME2): A program for young mothers involved in substance abuse. *Public Health Nursing*, 16 (6), 376-383.

Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Danmark: Narayana Press.

Berg Brodén, M. (1989). *Mor och barn i ingenmansland*. Värnamo: Almqvist & Wiksell Förlag.

Bothas, H. (2008). *Måtta i allt – lär dig handskas med alkohol*. [u.o.] : F.G. Lönnberg.

Browne, A. J., Shultis, J. D. & Thio-Watts, M. (1999). Solution-focused approaches to tobacco reduction with disadvantaged prenatal clients. *Journal of Community Health Nursing*, 16 (3), 165-177.

Carlsson, B. (1991). *Kvalitativa forskningsmetoder*. För medicin och beteendevetenskap. Fallköping: Gummessons.

Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri*. Finland: WSOY.

Dahmström, K. (2000). *Från datainsamling till rapport - att göra en statistisk undersökning*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Ensi- ja turvakotienliitto, [u.å.]. [Online] *Päihdeongelmien hoitoon erikoistuneet ensikodit ja avopalvelut*. <http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/tyomuodot/pidakiinni/> (hämtat 10.09.10).

Eriksson, K. (1991). *Broar. Introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Åbo: Åbo Akademin kopieringcentral.

Eriksson, K. (2000). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber AB.

Ettlinger, T. (2000). In harm's way: recognizing and addressing alcohol risk for rural disadvantaged pregnant mothers. *Public Health Nursing*, 17 (3), 207-210.

Findlandslag. (u.å.) [Online] <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/> (hämtat 25.5.2011)

Halmesmäki, E. (2008). Päihteet ja raskaus. Ingår i: Ylikorkala, O. & Kauppila, A. *Naistentaudit ja synnytykset*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Halonen, M. & Paasivaara, L. (2008). Asiakaiden kokemuksia päihdepalveluista. *Hoitotiede*, 20 (5), 267-277.

Heilig, M. (2004). *Beroendetillstånd*. Lund: Studentlitteratur.

Hiilesmaa, V. (2008). Äitiyshuolto. Ingår i: Ylikorkala, O. & Kauppila, A. *Naistentaudit ja synnytykset*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2009). *Tutki ja kirjoita*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Holopainen, K. (1998). *Äitiys on mahdollisuus*. Päihdeongelmaisten äitien kuntoutus Oulunkylän ensikodissa. (u.o.): Nykypaino Oy

Inkinen, M. (2004). *Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö*. Opublicerad, pro-gradu -avhandling. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto, Tampere.

Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. (2000). *Päihdehoitotyö*. Tampere: Tammerpaino Oy.

Jessup, M. A., Huphreys, J. C., Brindis, C. D. & Lee, K. A. (2003). Extrinsic barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent woman. *Journal of drug issues, Spring*, 285-304.

Kirkevold, M. (1997). Integrative nursing research-an important strategy to further the development of nursing science an nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, (25), 977-984.

Kirkevold, M. (1996). Översiktsartikler-ett middel for å fremme integrasjon av sykepleieforskning. Ingår i: Bjerkreim, T., Mathisen, J. & Nord, R. (Red.) *Visjon, viten og virke*. Oslo: Universitetsforlaget.

Koponen, A. (2005). *Katkennein siivin elämään*. Sikiöaikana päihteille altistuneet lapset. Helsinki: Kirjapaino Keili Oy.

Koponen, A. (2004). *Vaietut kohtalot*. Sikiöaikana päihteille altistuneet lapset. Helsinki: Kirjapaino Keili Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11 (1), 3-12.

Laitila, M. (2010). *Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa*. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in health sciences. Kuopio: Kopijyvä Oy.

Laitinen, M. & Toikkanen, M. (2003) *Neuvonta tupakoinnista luopumiseksi äitiysneuvolassa: terveydenhoitajan ja asiakaan näkökulma*. Opublicerad, pro-gradu -avhandling. Hoitotieteen laitos, Kuopio yliopisto, Kuopio.

Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: Starrin, B. & Svensson, P. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. (2001). Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Ingår i: Jauhonen, S. & Nikkonen, M (red.); *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WS Bookwell Oy.

Ludvigsson, J.F. (2002). *Att börja forska - inom medicin och vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Marcellus, L. (2004). Feminist ethics must inform practice: Interventions with perinatal substance users. *Health care for woman international*, 25, 730-742.

Miles, M., Francis, K. & Chapman, Y. (2010). Challenges for midwives: pregnant woman and illicit drug use. *Australian journal of advanced nursing*, 28 (1), 83-90.

Notter, L.E. & Hott, J.R. (1996). *Forskningsmetodik inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Ljubljana: Liber AB.

Paananen, U. K., m.fl. (2006). *Kätilötyö*. Tampere: Tammer- Paino Oy.

Pajulo, M. (2001). [Äitiys on suuri mahdollisuus - jos hoito tulee ajoissa](#). *Suomen lääkäri*, 56 (18), 1987.

Parviainen, M. (2009). Pakko vai oikeus? Raskaana olevien päihdeongelmaisten hoidon varmistaminen. *Kätilölehti*, 114 (6), 8-9.

Paterson, J.G. & Zderad, L.T. (1988). *Humanistic Nursing*. National League for Nursing.

Phillips, D., Thomas, K., Cox, H., Ricciardelli, L. A., Ogle, J., Love, V. & Steele, A. (2007). Factors that influence woman's disclosures of substance use during pregnancy: a qualitative study of ten midwives and ten pregnant women. *Journal of drug issues, Spring*, 357-375.

Pidä-kiinni. [u.å]. [Online] Pidä-kiinni-hoitojärjestelmä. <http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/tyomuodot/pidakiinni/> (hämtat 21.3.2011)

Piispa, M., Jallinoja, P., Helakorpi, S. & Uutela, A. (2005). *Huumekontaktit, huumemielipiteet, huumekampanja*. Tutkimus aikuisista suomalaisista vuonna 2004. Helsinki: Edita Prima Oy.

Pitkänen, T. (2006). *Raskaana olevien päihdekäyttäjien näkemyksiä palvelun laadusta*. Opublicerad, pro-gradu -avhandling. Terveystieteiden ja -talouden laitos, Kuopio yliopisto, Kuopio.

Rikama, A. (2008). Päihdeäidin päiväkirja. Syyllisyyttä, pelkoa ja pikkuisen toivoa. *Vauva-lehti 11*, 76-79.

Roach, M.S. (1995). *The human act of caring*. A blueprint for the health professions. (Revised edition.) Ottawa, Ontario: Canadian hospital association press.

Seppä, K. (2003). Alkoholiongelman varhaistoteaminen. Ingår i: Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. *Päihdelääketiede*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sorsa, M., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. (2004). Huumausaineita käyttävän äidin päihde hoito ja siihen osallistuminen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Journal of Social Medicine*, 21 (3), 240- 252.

Stepp Gilbert, E. (2007). *Manual of high risk pregnancy & delivery*. The United States of America: Mosby, Inc.

Sutinen, T. (2010). *Hoitomalli äitiys- ja lastenneuvolassa asioivien naisten hoitotyöhön*. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in health sciences. Kuopio: Kopijyvä Oy.

Sword, W., Niccols, A. & Fan, A. (2004). "New Choices" for women with addictions: perceptions of program participants. *BMC Public Health*, 4 (10).

Taipale, S. (2005). *Päihderiippuvainen raskaana oleva nainen, sosiaalinen tuki ja masennus*. Opublicerad, pro-gradu -avhandling. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto, Tampere.

UNICEF. [u.å]. [Online] *FN:s konvention om barn*.
<http://www.unicef.se/barnkonventionen/barnkonventionen-i-olika-versioner/barnkonventionen-hela-texten> (hämtat 23.9.10).



HADB41

BESTÄLLNING AV LÄRDOMSPROV

1. Enhet/avdelning, organisation, adressuppgifter _____
2. E-mail adress _____
3. Projektets syfte och innehåll Kartläggning av de vård-
metoder som används för gravida
missbrukande kvinnor på mödrahemmen (7 st)
runt om i Finland.
4. Projektet skall utmynna i rapport
5. Lämplig tidpunkt för projektets utförande 2006 - 2007
6. Projektansvarig på enheten/avdelningen _____
7. Deltar avdelningspersonalen i projektet. Ja ☐ Nej ☒
8. Önskemål om antal studerande som deltar i projektet 3
9. Projektet finansieras av beställaren*. Helt ☐ Delvis ☐ Inte alls ☒
10. Övrigt _____

Ort/Datum Karleby 30.10.2006

Namnunderskrift _____

Tjänsteställning _____

Beställningen skickas till

Svenska Yrkeshögskolan
Seriegatan 2, 65 320 Vasa

* separat avtal uppgörs vid behov.

AUDIT-frågeformulär

Bilaga 2 1 (2)

1 . Hur ofta dricker du öl, vin, sprit eller annan alkohol? Räkna också de gånger då du bara dricker små mängder alkohol, till exempel en flaska mellanöl eller ett litet glas svagvin (12cl).

0 aldrig

1 en gång i månaden eller mindre

2 2 – 4 gånger i månaden

3 2 – 3 gånger i veckan

4 4 gånger i veckan eller mer

2 . Hur många glas eller motsvarande enheter har du konsumerat under en typisk dag då du druckit alkohol?

0 1 – 2 glas

1 3 – 4 glas

2 5 – 6 glas

3 7 – 9 glas

4 10 glas eller fler

3 . Hur ofta dricker du sex glas eller mer vid samma tillfälle?

0 aldrig

1 mer sällan än en gång i månaden

2 varje månad

3 varje vecka

4 dagligen eller nästan varje dag

4 . Har det hänt under det senaste året att du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?

0 aldrig

1 mer sällan än en gång i månaden

2 varje månad

3 varje vecka

4 dagligen eller nästan varje dag

5 . Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra det som du borde därför att du drack?

0 aldrig

1 mer sällan än en gång i månaden

2 varje månad

3 varje vecka

4 dagligen eller nästan varje dag

6 . Hur ofta under det senaste året har du behövt ”en återställare”, ett glas på morgonen efter mycket drickande dagen före?

0 aldrig

1 mer sällan än en gång i månaden

2 varje månad

3 varje vecka

4 dagligen eller nästan varje dag

7 . Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av ditt drickande?

0 aldrig

1 mer sällan än en gång i månaden

2 varje månad

3 varje vecka

4 dagligen eller nästan varje dag

Bilaga 2 2 (2)

8 . Hur ofta under det senaste året har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?

0 aldrig

1 mer sällan än en gång i månaden

2 varje månad

3 varje vecka

4 dagligen eller nästan varje dag

9 . Har du själv eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?

0 nej

2 ja, men inte det senaste året

4 ja, under det senaste året

10 . Har en släkting eller vän, en läkare eller någon annan inom sjukvården oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska på det?

0 nej

2 ja, men inte det senaste året

4 ja, under det senaste året

Räkna ihop poängen för de svarsalternativ du ringat in.

Så här tolkar du resultatet:

0 – 7 poäng låg risk

8 – 10 poäng riskabla alkoholvanor

11 – 14 poäng skadliga alkoholvanor

15 – 19 poäng missbruk

20 – 40 poäng tungt missbruk

Audit är ett internationellt test där 8 poäng anses vara ett tecken på hög konsumtion.

(Bothas, 2008, ss. 18-19)

FÖRFATTARE	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Abatemarco, D. J., Steinberg M. B. & Delnevo, C. D.	2007	Att bestämma hur sjuuskötare-barnmorskor i New Jersey gör tobak- screening och ger rådgivning till gravida kvinnor som röker, genom att bedöma barnmorskors kunskaper, uppfattningar och föreställningar om tobaksavvänjnings- metoder.	Enkät, beskrivande analys och pålitlighetsanalys.	De flesta barnmorskor frågade gravida om de rökte och gav råd att sluta, men de sällan bestämde tillsammans med kvinnan slut datum eller uppföljning av tobaksavvänjning. Få barnmorskor gav råd om eller skrev ut nikotinpreparat till gravida, fast det hade kommit nya riktlinjer om det. Barnmorskorna upplevde att de behövde mera skolning om avvänjning av tobak.
Alaja, R. & Tuomirinta, H.	2004	Att upplysa om vilka problem som framkom när gravida kvinnor skickades till bedömning av vårdbehov till en medicinvetenskaplig enhet för missbrukare vid universitetssjukhus.	Intervju, enkät och oservationsgransk- ning.	Alla gravida missbrukare hade mentala problem, det fanns missbruk hos pappan till barnet eller nuvarande partnern och ofta i barndoms hemmet. Blandmissbruk var det vanligaste. Hos en tredjedel av kvinnorna var missbrukarvården oplanerad, fast de hade långvariga mentala problem i bakgrunden samt hade varit kunder i mental- och/eller missbrukarvård tidigare.

FÖRFATTARE	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Alho, L., Kankkunen, P. & Pietilä A-M.	2008	Att beskriva mödrars utvecklingsförslag för att befrämja sexualhälsa och stödjande av moderskap i missbrukarvården.	Temaintervju och innehållsanalys.	Mödrarna ville att inom missbrukarvården skulle det aktivt talas, informeras och ges råd om sexualhälsa enligt individuella behov och i samarbete med kvinnan. Mödrarna ville vara aktivt med i vården och i dess planering enligt eget behov. Viktigt att de fick information om olika vårdmetoder. Mödrarna önskade att missbrukar- och mentalvården integrerades, där hon skulle få stöd och en motiverande, öppen och empatisk interaktion med vårdaren. Speciellt mycket stöd behöver ensamförsörjare. Mödrarna önskade att hela familjen aktivt kunde vara med i vården och deras behov skulle bemötas.
Alhusen, J. L.	2008	Att göra en kritisk översikt av vad som påverkar moder-foster-relationen.	Översiktsartikel.	Det finns många saker som både positivt och negativt påverkar moder-foster relationen. Det som stärkte var ultra-ljud, fosterrörelser, psykosocialt stöd och familjen/ett stabilt förhållande. Det som minskade var om kvinnan hade dåliga barndomsminnen eller mist ett barn, t.ex. missfall eller omhändertagande. Drog-användning hindrade en normal utveckling av relationen.

FÖRFATTARE	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Baldwin, J. H., Rawlings, A., Marshall, E. S., O'Neill Conger, C. & Abbott, K. A.	1999	Att ta reda på deltagarnas erfarenhet av kommunalprogram för unga mödrar eller blivande mödrar med rusmedelsmissbruk.	Etnografisk intervju och innehållsanalys.	I början av programmet hade kvinnorna dåligt självförtroende, en känsla av ingen utväg samt brist på resurser. De som var längre med i programmet började ta ansvar och kontroll över livet, de byggde upp goda tillförlitliga relationer, kände sig mogna och starka samt blev stolta över vad de fick gjort.
Browne, A. J., Shultis, J. D. & Thio-Watts, M.	1999	Att ge en översikt av ett lösningsfokuserat bemötningssätt att minska rökning samt utvärdera och diskutera lösningsfokuserat bemötningssätt för att minska på rökning av tobak hos kunden inom prenatal vård.	Gruppdiskussion, innehållsanalys, enkät och kvantitativ analys.	Vårdarna tyckte att ett lösningsfokuserat bemötningssätt lättade deras arbete och gav mera förståelse för kvinnan i situationen. Det var ett lätt sätt att prata med kvinnan om tobak och dess effekter genom att ta fram oro över barnets hälsa. De gav ett sätt med respekt och utgick från kvinnans behov att lösa problemet med rökning. Kunderna fick mera förtroende för att minska på tobaksrökningen.

FÖRFATTARE	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Ettlinger, T.	2000	Att se hur sjukskötare tar upp alkohol-användning hos gravida.	Prövning av ny metod, kvantitativt resultat, enkät och kvalitativt resultat.	Sjukskötarna upplevde det som bra att ha strukturerad intervention (TWAEK och FRAMES). Sjukskötarna fick bra upp om kvinnan själv eller någon i familjen använde oroande mycket alkohol och interventionen gjorde att kvinnorna lättare pratade kring alkoholanvändningen. På samma gång kunde sjukskötarna ge information om alkoholens risker under graviditeten.
Halonen, M & Paasivaara, L.	2008	Att beskriva kundernas erfarenhet av missbrukarvård.	Temaintervju och induktiv innehållsanalys.	Missbrukarvården minskade på rusmedelsvanorna eller ledde till nykterhet. Psykiska och fysiska välmåendet blev bättre. Gav färdigheter till social förändring, att bygga upp ett eget nätverk och leva ett normalt liv, samt goda relationer. Kunderna ville utveckla tidig intervention inom vården, att ge information, tjänster och kontinuitet i vården.

FÖRFATTARE	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Inkinen, M.	2004	Att beskriva sjukskötarens arbetsinnehåll inom specialmissbrukarvården.	Strukturerad enkät, frekvens-, procentfördelning och krosstablering samt Khiin square-test.	Sjukskötare arbetar för det mesta ensam med patienten. Arbetstiden går för det mesta till bedömning, planering och överenskommelser av vården. Under diskussioner med patienten fokuserades mest på livssituationen, samt att sjukskötarens tid gick till att bygga upp stödnätverk till patienten. En erfaren sjukskötare var bättre på helhetsvård, stöd till att ta ansvar, hantering av återfall och självvärdering.

FÖRFATTARE	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Jessup, M. A., Huphreys, J. C., Brindis, C. D. & Lee, K. A.	2003	Att studera effekten av bestraffande politik på drogberoende gravidas vårdsökande beteende.	Intervju och kvalitativ, historisk livsanalys.	Kvinnan hade ofta rädslor in för vården och att erkänna missbruk, pga att hon trodde sig hamna i problem av det eller mista barnet. Det kunde vara en lättnad för henne att bli fast tagen med droger, då behövde hon inte vara orolig för fostrets hälsa. En del av dem var i vård för att de trodde sig mista barnet om de höll sig i vården. De upplevde bestraffande vård som väldigt negativt.

FÖRFATTARE	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Laitila, M.	2010	Att beskriva kunders deltagande och kundorientering inom mental- och missbrukarvården både från kundens och vårdarens synvinkel.	Intervju och fenomenografisk analys.	Kunderna vill delta i egen vård; dess planering och i rehabilitering, samt att de vill utveckla vården. Kunderna upplevde att det inte alltid uppnåddes kundorienterad vård för efter en vårdpalaver visste inte kunden vad som beslutats och hur vården skulle bli. Vårdarna tyckte att en kundorienterad vård på lättade deras arbetsbörda och kunden blev mera deltagande i sin egen vård. Förhinder för en kundorienterad vård var kundens brist på motivation och intresse, organisationens struktur, lagar och praxis samt motivationen hos vårdaren och delvis tvångsvård eller till överenskommen motvilja vård.

FÖRFATTARE	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Laitinen, M. & Toikkanen, M.	2003	Att beskriva givna råd om att sluta röka till gravida vid mödrarådgivning, både från hälsovårdarens och kundens synvinkel.	Temaintervju och kvalitativ innehållsanalys.	Hälsovårdarna (HV) gav information om att sluta röka till gravida enligt vad HV upplevde att kvinnorna behövde. Speciellt till unga och förstföderskor samt på första besöket gav HV mycket information. Gravida väntade sig att få saklig information och stöd. HV försökte motivera partnern och gravida till att sluta röka. Både HV och gravida ville veta mera om hur nikotinpreparat kan användas under graviditet och att det skulle utvecklas stödgrupper för gravida rökare. HV önskade vidare skolning om metoder att sluta röka. Det som påverkade både positivt och negativt på gravida att sluta röka om hennes egen mor rökte.

FÖRFATTARE	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Marcellus, L.	2004	Att se kontrasten mellan ett relationellt bemötningssätt och en traditionell etisk uppfattning om självständighet bland prenatal drog användning. Genom ett feministisk etiskt sätt jämfördes frivillig hälsofrämjande vård och skyddande interventionsprogram.	Teoretisk studie med feministiskt, etiskt perspektiv.	Vården borde utvecklas och stödja ett holistiskt, i kontext och långvarigt vårdssystem för gravida kvinnor i balans med fostrets bästa i fokus. Vården borde inkludera individen och familjen samt respektera kvinnans självständighet, ta i beaktande hennes svåra situation och unika relationen med moder-foster-rättigheter.
Miles, M., Francis, K. & Chapman, Y.	2010	Att beskriva Australiens strategier att hantera och vårda gravida droganvändare samt att ta upp barnmorskans utmaningar och stödande roll.	Översiktsartikel.	Graviditet är en bra tid för missbrukare att ändra på vanor, då behöver de mångsidig vård. Vårdens mål är att minska eller hindra skadorna av droger på graviditeten och ofödda barnet. Hjälp för hela familjen hjälper till att kvinnor hålls nyktra. Vårdarnas attityder kan påverka negativt på vården.

FÖRFATTARE	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Phillips, D., Thomas, K., Cox, H., Ricciardelli, L. A., Ogle, J., Love, V. & Steele, A.	2007	Att hitta faktorer som påverkar självbekännelse av droganvändning under graviditeten både från gravida kvinnans och från barnmorskans synvinkel.	Halvstrukturerad intervju analyserad med trefas-kodningssystemet.	Barnmorskorna tyckte att det var lättare att ta upp droger med hjälp av en strukturerad intervju eller ett frågeformulär, samt att de fick en helhetsbild av droganvändningen och av kvinnans situation. Först måste hon bygga en tillitsfull relation med kvinnan. Om rusmedelsanvändning kom upp, försökte barnmorskan respektera, inte döma utan vara förstående. Barnmorskorna tyckte att det var viktigt att uppmuntra och ge beröm. Kvinnornas rädsla kunde vara en positiv eller en negativ faktor för att berätta om droganvändning.

Bilaga 3 11 (14)

Bilaga 3 12 (14)

FÖRFATTARE	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Sutinen, T.	2010	Att göra en vårdmodell för missbrukarkvinnor som är kunder vid rådgivningen och testa vårdmodellen, samt att bedöma och utveckla social- och hälsovårds-personalens mång-professionella samarbetsförmåga och missbrukarvårds-kunskap bland de som arbetar med kvinnor.	Aktionsforskning, triangulation, statistisk analys och innehållsanalys.	Det centrala var ett motiverande bemötande där kvinnan och vårdaren samarbetar, där motivation väcks för förändring och diskus-sionsandan är stödande och motiverande. Viktigt är att vårdaren ser på missbrukarvård som hälso-främjande. Arbetet styrdes av yttre faktorer som vårdarbetetsledning och stöd samt riktlinjer gjorda på distrikt nivå och med specialistsjuk-vård. Vårdmodellen uppmuntrade vårdarna att ta upp rusmedelsbruk hos kvinnor.

FÖRFATTARE	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Sword, W., Niccols, A. & Fan, A.	2004	Att ta reda på hur gravida eller småbarns mammor med rusmedelsmissbruk upplevde vården och dess påverkan i "New choices"-program.	Halvstrukturerad intervju och kvalitativ induktiv analys med hjälp av NVivo-dataprogrammet.	"New choices"- programmet där kvinnorna fick hjälp med "en stopps metod", samt att det öppnade dörrar för andra tjänster. Programmet innehöll grupper för beroende och rådgivning, näringsinformation, föräldraskapsutbildning, kamratstöd och ett mångsidigt barnprogram. Kvinnorna upplevde att de fick helhetvård och fick kontrollen över livet tillbaka. Det som de upplevde som dåligt med programmen var att de kände sig inte trygga att berätta om rusmedelsanvändning för de var rädda att barnen skulle bli omhändertagna.

FÖRFATTARE	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Taipale, S.	2005	Att gravida kvinnor med rusmedelsberoende subjektivt beskriver sin erfarenhet av socialt stödnätverk och dess medlemmar, hurudant stöd de får och hur ofta de möter sin närmaste stödperson samt om kvinnorna är deprimerade och dess sammanhang med socialt stöd.	Strukturerad intervju, social stödsskalan (SSI), Edinburg postnatal depression scale (EPDS), kvantativ analys med SPSS – dataprogrammet.	De viktigaste konkreta, beslutsfattande och emotionella stödkällorna var partnern, rådgivningen, föräldrarna och öppenvårdsanstalterna. Av de kvinnor som var deprimerade upplevde hälften att de fick ingen eller lite stöd. Ensamförsörjare kände att de fick mindre stöd från sina närmaste.

